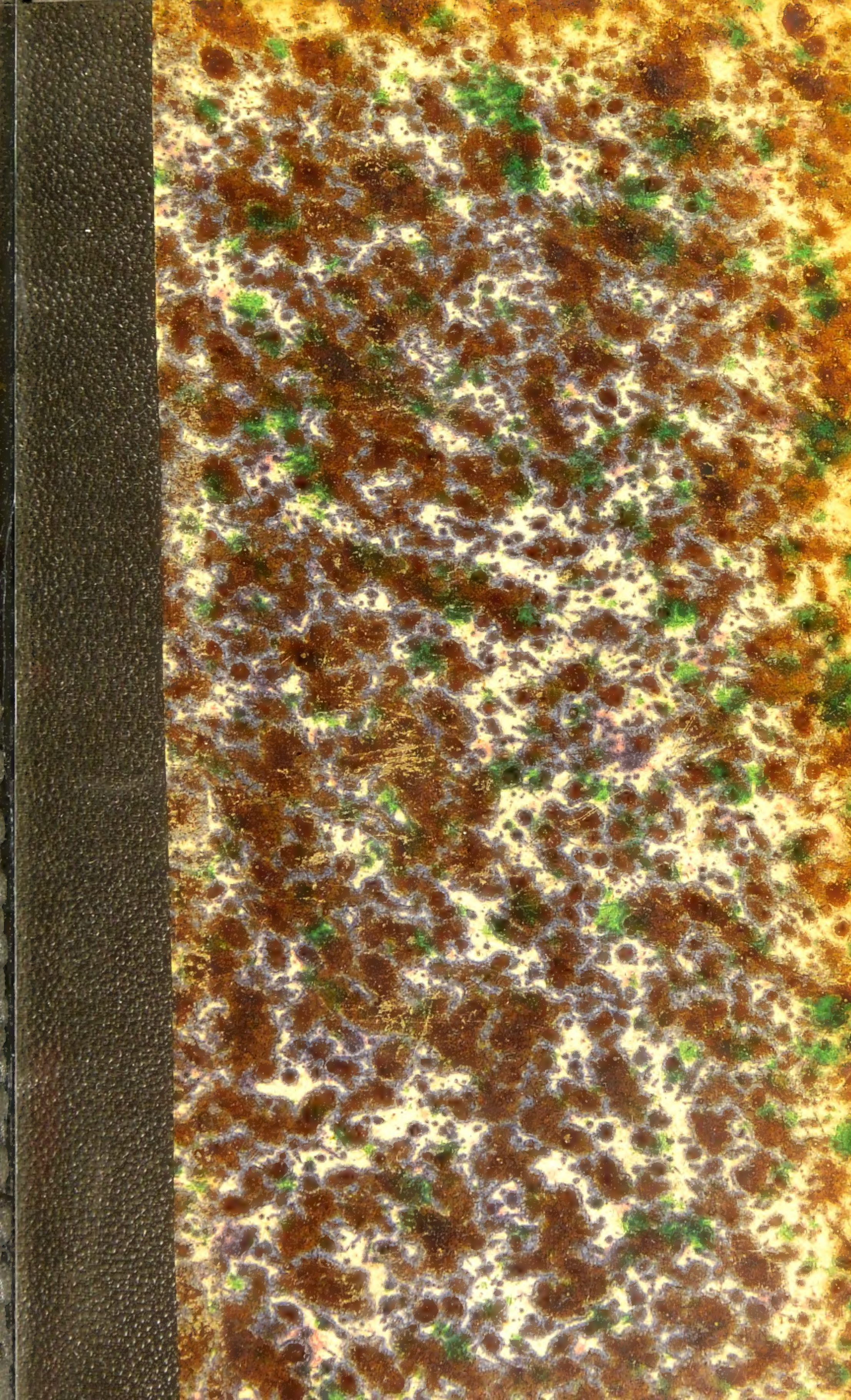



22500878949

DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

DES SCIENCES ET INSTITUTIONS

MÉDICALES

OUVRAGES DE L'AUTEUR

QUI SE TROUVENT A LA MÊME LIBRAIRIE

GARNIER. **Dictionnaire annuel des sciences et institutions médicales**, suite et complément de tous les dictionnaires, précédé d'une introduction par le docteur Amédée Latour. 1 vol. in-18 de 500 pages. 1re année, 1864. 5 fr.

— 2e année. 1 vol. de 759 pages, 1865. 6 fr.

— 3e année. 1 vol. de 524 pages, 1866. 6 fr.

— 4e année. 1 vol. de 550 pages, 1867. 6 fr.

— 5e année. 1 vol. de 528 pages, 1868. 6 fr.

— 6e année. 1 vol. de 528 pages, 1869. 6 fr.

— 7e année. 1 vol. de 696 pages, 1870-1871. 7 fr.

— 8e année. 1 vol. de 488 pages, 1872. 7 fr.

— 9e année. 1 vol. de 524 pages, 1873. 7 fr.

— 10e année. 1 vol. de 580 pages, 1874. 7 fr.

Voyage médical en Californie. Paris, 1854. 1 fr.

Le climat de Madère et son influence sur la phthisie pulmonaire, du professeur F. A. Barral. 1 vol. in-8 de 320 pages; traduit du portugais. Paris, 1858. 6 fr.

Itinéraire de Paris à Madère. 16 pages grand in-8, avec planche. Paris, 1859.

Donné avec l'ouvrage précédent.

— Séparément. 50 c.

Anatomie pathologique et symptomatologie de la fièvre jaune qui a régné à Lisbonne en 1857, par M. Alvarenga; traduit du portugais. 1 vol. in-8 de 212 pages. Paris, 1861. 4 fr. 50

N. B. Tous les auteurs, français et étrangers, qui enverront un exemplaire *franco* de leurs ouvrages de l'année courante à l'adresse du docteur Garnier, soit rue de Clichy, 61, soit à la librairie Germer Baillière, en auront une bibliographie dans le Dictionnaire. Ceux venant de l'étranger avec un affranchissement incomplet seront refusés.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

DES SCIENCES ET INSTITUTIONS

MÉDICALES

SUITE ET COMPLÉMENT DE TOUS LES DICTIONNAIRES

PAR

M. P. GARNIER

Médecin de l'asile de Bon-Secours, Chevalier de l'ordre du Christ de Portugal
Rédacteur en chef de la *Santé publique*





Onzième année, 1875

PARIS

LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET CIE

Rue de l'École-de-Médecine, 17

1876

INTRODUCTION

Si lent est le progrès dans l'art de guérir que, tout en s'opérant d'une manière continue, son action est parfois si latente et insensible, qu'il semble frappé d'arrêt ou subir quelque éclipse. Les grandes découvertes sont le plus souvent marquées, avant ou après leur réalisation, de ces temps d'arrêt, de suspens ou de repos. Alors le progrès accompli se revise, s'assure ou se perfectionne, ou bien celui de l'avenir se prépare. Pour être occulte, le progrès n'en est donc pas moins réel, et la meilleure garantie en est dans le travail ostensible, le bourdonnement de la grande ruche, le mouvement de va-et-vient de chacun apportant son tribut à l'œuvre commune

Tel est le tableau de l'année 1875. Aucune découverte de premier ordre ne la distingue ni ne la recommande malgré un grand nombre d'observations, d'expériences et de remarques particulières sur les découvertes et les faits acquis pour les élucider, les assurer, les perfectionner. Après les découvertes récentes des germes ferments, de la numération des globules du sang, de l'aspiration des liquides, des greffes, de la ligature et de la compression élastiques, du chloral, il y a là un vaste champ à explorer, à féconder par des applications nouvelles pour occuper de longues années, sans compter l'auscultation, la percussion, l'anesthésie, la lithotritie, la thoracentèse, l'ovariotomie, plus anciennes, et sur lesquelles il y a

tant de modifications, de perfectionnements à apporter pour les rendre plus sûres et d'une parfaite innocuité.

Deux agents médicamenteux nouveaux ont surtout défrayé l'attention médicale : le *jaborandi* et *l'acide salicylique* sur lesquels on a fait beaucoup de bruit. De nouvelles expériences, des applications multiples faites avec le premier, lui assurent une importance considérable en thérapeutique. Quant au second, de provenance allemande, il faut attendre, vérifier et contrôler malgré les merveilles que l'on en dit, pour savoir à quoi s'en tenir. Telles sont les principales conquêtes de l'année.

La question à l'ordre du jour *des ferments* a surtout été agitée en deçà comme au delà du détroit. De nouvelles objections capitales ont été faites à cette doctrine contre sa prétention de surprendre la véritable origine de la vie, et d'en expliquer le développement par des causes chimiques et physiologiques. La présence d'organismes vivants dans les foyers morbides, inaccessibles au contact de l'air, c'est-à-dire des germes ferments qui y sont flottants, suspendus, semble démontrer qu'au lieu d'être la cause de la fermentation organique, ils en sont l'effet.

Une autre objection contraire a été faite par M. le professeur Richet : c'est l'absence de suppuration dans deux cas d'emphysème généralisé par suite de fracture de côtes, ayant perforé le poumon, et dont une était ouverte à l'extérieur. Comment cet air chargé de germes, de bactéridies, de microzymes, d'autant plus qu'il provenait de salles de chirurgie, et circulant partout, comment, en dépit de tous ces organismes, n'a-t-il développé ni fermentation, ni fièvre, ni suppuration, tandis que les fractures ouvertes des jambes suppurent si facilement? « Dans les questions de suppuration en général et celle de » l'emphysème en particulier, il y a donc autre chose que des » bactéries, des microzymes, conclut ce professeur; il y a une

» inconnue qu'il faut avouer. Ce n'est donc pas en empêchant » l'air de pénétrer dans les plaies qu'on évitera leur suppura- » tion. L'air peut être une cause de suppuration, mais à coup » sûr ce n'est pas la seule. »

La valeur des pansements en vogue n'en est pas moins exclusivement fondée sur la propriété d'empêcher l'introduction de ces germes ferments dans les plaies et de prévenir ainsi l'infection purulente. M. Lister ne prétend pas moins les détruire sur place avec l'acide phénique, que M. A. Guérin ne croit fermement en empêcher l'accès avec la ouate. Mais les résultats contradictoires obtenus ici et là prouvent le contraire. Des organismes se rencontrent avec l'un comme avec l'autre, et si l'on dit merveille de celui de Lister, en Belgique et en Allemagne, encore plus que dans son lieu d'origine, tous les essais en ont été infructueux en France où le pansement ouaté est encore le plus apprécié, malgré son défaut d'occlusion. Leur propriété antiseptique n'est ainsi pas mieux démontrée que la doctrine sur laquelle ils se fondent. L'habitude, l'habileté et le soin que l'on met à les faire est assurément le principal facteur de leurs résultats. *Le chloral, l'acide salicylique, la glycérine, le perchlorure de fer* ont ainsi pu les remplacer avec avantage entre les mains d'autres chirurgiens.

Et les expériences les plus délicates n'ayant pu faire découvrir l'agent septicémique dans le sang putréfié, et celui-ci donnant lieu à cette infection, alors même que toute trace de vie des ferments organisés a cessé, on voit que, malgré les suppositions, les théories ingénieuses des expérimentateurs allemands, la cause de la panspermie est loin d'être entendue.

De là l'intérêt que présentent la recherche et l'étude de ces organismes dans la fermentation des végétaux. Le *chloroforme* empêchant la fermentation du lait, de l'urine, c'est-à-dire le développement des ferments organisés; *l'acide salicylique* l'arrêtant, la suspendant; *l'arsenic* tuant la cellule de la levûre de

bière, et *l'air comprimé* ou suroxygéné tous les ferments organisés à l'exclusion de ceux qui ne le sont pas, ce sont là d'autres facteurs qui compliquent le problème déjà si difficile à résoudre pour tout autre que pour M. Pasteur.

En PHYSIOLOGIE, le sang a été le principal sujet d'examen sur sa formation, sa température et surtout sa coagulation. Des théories émises à ce sujet, il ne reste guère que les expériences négatives tendant à les infirmer, notamment celle de M. Glénard, montrant que l'acide carbonique n'en est pas l'agent. Mais il est lui-même contredit cliniquement par la coagulation du sang dans les varices exposées, sans le contact immédiat d'aucun corps étranger. Sa proposition physiologique disparaît ainsi devant une découverte pathologique et l'on ne saurait plus s'y abandonner avec confiance comme on l'a fait en Italie pour la transfusion du sang chez les aliénés. Que ce moyen réussisse dans l'aliénation pellagreuse en particulier, on ne saurait y contredire tant les succès croissent et s'accumulent de divers côtés. Sur 50 cas d'aliénation choisis parmi les plus graves dans le manicome de Brescia, MM. Manzini et Rodolfi ont obtenu 15 guérisons et 11 améliorations sans que l'hématurie en résulte ; preuve qu'une transfusion trop copieuse en est la cause (*Archivio ital. per le malattie nervose*, n° 6, p. 869). Ce ne sont donc pas là de simples coïncidences assimilables aux miracles de Lourdes.

Malgré la continuation des expériences et observations sur le cerveau, la *localisation des mouvements* reste douteuse sans être défendue vigoureusement. Adoptée par MM. Rouget et Chauveau, elle est niée énergiquement par M. Brown-Séquard, bien plus autorisé comme expérimentateur, sans que M. Charcot ait pu la démontrer cliniquement. Au contraire, une observation très-curieuse est venue mettre d'ailleurs cette prétention doctrinale à néant. Loin de s'accréditer, elle se déprécie.

Mais l'étiologie cérébrale des hémorrhagies pulmonaires s'affirme de plus en plus, le siége des myélites et des paralysies se localise même en dehors des centres nerveux, et cela encore plus par la clinique que par l'expérimentation et les vivisections.

L'invention ingénieuse du *spiroscope,* en démontrant le mécanisme de la respiration, servira aussi utilement à mieux expliquer les phénomènes pathologiques de l'auscultation et de la percussion. On trouvera sur ce sujet un travail neuf, d'origine américaine, *la percussion respiratoire*, encore inédit en France, et qui agrandit la découverte d'Avenbrugger et l'œuvre de M. Piorry. Un autre travail contient aussi des données nouvelles sur la *percussion de l'estomac.*

La caractéristique évidente de l'esprit actuel d'observation et d'analyse est la multiplicité des espèces, des variétés nouvelles introduites chaque année dans le cadre pathologique. Ce ne sont plus que divisions et subdivisions. A vrai dire, elles ne consistent le plus souvent qu'en des mots, des noms différents tendant à mettre en saillie une forme, un signe, un siége, une lésion parfois microscopique ou une marche déterminée de maladies connues.

De là le nombre croissant des espèces de *pneumonies*, de *myélites*, de *sarcomes*, etc. La *chorée électrique* des Italiens n'est qu'une myélite donnant lieu à des convulsions choréiformes, comme l'*hémichorée post hémiplégique* des Américains est la manifestation ordinaire d'une altération locale du cerveau. Le siége seul distingue la *cirrhose hypertrophique périlobulaire* et *l'endocardite végétante marginale* des espèces analogues. De même des *fistules hépato-bronchiques* et *métro-péritonéales*, comme de plusieurs autres variétés pathologiques.

Ce sont là, il faut bien le reconnaître, de simples exceptions,

de véritables curiosités pathologiques ou histologiques n'ayant pas d'indications thérapeutiques spéciales, ni souvent même de symptômes particuliers. L'utilité de les distinguer, de les séparer de l'espèce principale se réduit donc à une classification naturelle, sinon au mérite du nosographe, tandis que les inconvénients d'une fâcheuse logomachie en résultent inévitablement quand il s'agit d'espèces mal fixées, mal étudiées ou de caractères instables qui en font varier l'appellation suivant les cas et les observateurs. C'est la méthode des Allemands qui, dans leurs recherches expérimentales, agissent beaucoup plus en naturalistes qu'en médecins.

Voici, par exemple, la *maladie kystique du testicule* niée absolument par M. Desprès à la Société de chirurgie à propos d'un mémoire clinique sur ce sujet. Eh bien, suivant l'examen qui en a été fait, on a changé ce terme clinique en *sarcocèle kystique*, *sarcome kystique*, *kystome*, *hétéradénome kystique*, selon la nature histologique rencontrée, et voici que M. Malassez, renchérissant sur le tout après l'examen d'un nouveau cas, propose de l'appeler *épithéliome mixoïde* ou *mucoïde*, parce que l'épithélium muqueux y domine (*Arch. de phys. normale et pathol.*). Sans compter que d'autres émules ne manqueront pas d'en faire autant à chaque cas nouveau, selon les éléments que le microscope et les réactifs décèleront. Si c'est là cette science positive qui doit remplacer la clinique et l'anatomie *à vue d'œil*, les savants de laboratoire peuvent seuls le prétendre, tout en se contredisant les uns les autres et chacun tenant envers et contre tous pour sa définition, car jamais elle ne saurait être utile au lit du malade ni profiter aux praticiens.

Plus rares, mais aussi plus réelles, plus résistantes, sont les nouvelles entités pathologiques admises cliniquement, parce qu'elles sont plus vraies. Telle est la *maladie de Ménière* ou le vertige labyrinthique qui prend plus de consistance à mesure

qu'il est mieux étudié et distingué des autres vertiges. *L'arthropathie tabétique* s'est aussi confirmée par un fait clinique des plus curieux et qui a consacré cette nouvelle dénomination. Le mot a d'ailleurs fait fortune et est employé pour diverses lésions articulaires qu'un adjectif distingue, absolument comme pour la *diarrhée puerpérale*, le *myome intestinal*, les *varices œsophagiennes*, la *contusion profonde du talon* dont la connaissance importe beaucoup plus au clinicien qu'à l'histologiste.

La *phosphaturie diabétique* se présente sous des auspices aussi sérieux, ainsi que les *kystes ovariens séreux* ou *parovariens*, très-importants à distinguer des autres puisque la ponction seule suffit à les guérir.

La *névrose cardiaque tellurique pernicieuse* ne paraît pas aussi bien élucidée, non plus que l'*anémie pernicieuse progressive* des Allemands.

La *diarrhée vaso-paralytique des aliénés* correspond sans doute à la forme atonique. Quant à la pleurésie gangréneuse que l'on a cherché à introduire, elle a été repoussée à l'unanimité.

Au lieu des monstruosités physiques féminines qui ont occupé le monde médical l'année dernière, on a vu des troubles, des perversions morales l'agiter en 1875. De simples actes morbides ont été interprétés surnaturellement et considérés comme des miracles. Effet du temps actuel où des gens de parti, des politiques maladroits et impies, voulant faire servir la religion à leurs projets, lui attribuent des résultats surnaturels qu'elle n'a pas et ne saurait avoir, et dont elle n'a pas besoin pour jouir de son ascendant sur les esprits et les cœurs. C'est la déprécier et l'insulter que d'en faire ainsi l'arène des passions politiques.

De pauvres hystériques ont ainsi été élevées à l'état de saintes que l'on est allé voir en pèlerinage et par curiosité comme Millie-Christine en 1874. Si la religion perd de son prestige à

ces tristes exhibitions soi-disant miraculeuses, la science y a du moins gagné en précision une entité peu connue : l'*hystérie stygmatique.*

La SYMPTOMATOLOGIE d'affections ou de lésions connues s'est aussi enrichie. Le *coma urémique* a été mis en évidence dans le diabète, à la suite de la fatigue, dans le cancer utérin et l'hystérie. *L'hémoptysie* a décelé un anévrysme de l'aorte et une maladie latente du cœur, de même que la *rétention d'urine* est l'effet de calculs rénaux. L'*albuminurie*, survenant après un accès d'épilepsie, peut servir à le diagnostiquer quand on ne l'a pas vu ; de même que l'albuminurie, dans les cas où elle est à redouter, comme la grossesse, est annoncée par la *tension artérielle.* La cirrhose peut être prévue par des *urines sucrées* résultant de l'obstruction de la veine porte. L'embolie s'accompagne parfois de *phlébite et de gonflement locaux.* Ce sont là des signes précieux, s'ils se confirment comme la *tache palatine* pour l'ictère, le *chémosis conjonctival* pour la méningite, l'*éruption aréolaire* pour les tumeurs du sein, et tant d'autres qu'il serait superflu d'indiquer ici.

Parmi les nouvelles causes invoquées des maladies, il faut citer l'influence des *saignées abondantes et répétées* sur la dégénérescence graisseuse du cœur. Quoique fondée sur l'expérimentation, cette influence est contredite par un fait, peut-être unique en son genre, d'un octogénaire vigoureux soumis toute sa vie à des émissions sanguines. La fréquence de cette lésion grave n'a pas été d'ailleurs signalée du temps de Broussais. L'action de la *rétention de la bile* sur l'ictère grave et des *lésions du rachis* sur la formation des calculs paraît moins problématique. Mais il est si difficile de pénétrer dans ces mystères étiologiques qu'il ne faut les aborder, comme la nature même des maladies, qu'avec réserve et sobriété. Trop d'esprits l'oublient et encombrent ainsi la science de théories et d'hypo-

thèses gratuites. Quand on ne peut s'entendre sur la cause d'un phénomène sensible, comme la chute hâtive ou la persistance prolongée d'une ligature, est-on bien fondé à admettre, par exemple, la *nature infectieuse de la granulie*, parce qu'elle détermine l'endocardite comme toutes les infections virulentes ou septicémiques? Aussi tout en enregistrant scrupuleusement celles de ces inductions sur la nature et les causes des maladies qui se recommandent par la nouveauté, la vraisemblance ou le nom de leurs auteurs, pour permettre aux lecteurs du *Dictionnaire* d'en juger la valeur, leur laisserons-nous ce soin. Sur toutes ces questions indécises ou contestées, nous garderons le silence, parce qu'on veut trop souvent y chercher l'absolu qui ne s'y trouve pas. A quoi bon discuter sans cesse pour savoir si le cancer est primitivement local ou général, quand il est probablement l'un et l'autre suivant les cas, les périodes et les individus, ce que le microscope ni l'histologie, pas plus que la clinique, ne sont pas encore parvenus à préciser.

Plaçons pourtant à leur avoir quelques données importantes. C'est la confirmation de l'*organisation cellulaire du sac des anévrysmes variqueux*, et la *structure globulaire des caillots* qui leur communiquerait leur couleur. D'où l'infirmation de la classification actuelle. La *mycose intestinale* comme caractère du charbon, la *dégénérescence graisseuse du pancréas*, sont, parmi les découvertes journalières des histologistes, les plus immédiatement pratiques, pour ne pas dire les seules que nous ayons trouvé à enregistrer.

La Thérapeutique n'offre pas du moins tant d'incertitudes. Ses applications reposent en général sur des faits plus ou moins bien interprétés. Une grande place lui est ainsi accordée dans ce *Dictionnaire*, et il faut signaler comme un bon signe le retour marqué des médecins de ce côté. Leur empressement à étudier,

à expérimenter le *jaborandi* et *l'acide salicylique* nouvellement introduits, le *chloral*, les nouveaux *sels de quinine*, les *bains chauds et froids*, la *compression* et la *ligature élastiques*, les *injections hypodermiques* n'en est pas la seule preuve; on étudie mieux en général l'action intime des médicaments, d'où la découverte de leur antagonisme dont la connaissance a fait encore de nouveaux progrès. De nouveaux ouvrages ont aussi été publiés sur ce sujet, et nous avons résumé un travail original sur les *doses*, qui ne manque pas d'intérêt.

De ces divers travaux thérapeutiques découlent notamment cette année : *l'action paralysante de l'arsenic* non-seulement sur le cœur, mais sur les vaso-moteurs de l'intestin, et l'action diamétralement opposée du *chlorate de potasse* sur la membrane muqueuse; l'*action vaso-constrictive du bromure de potassium* démontrée par ses effets hémostatiques, le resserrement des vaisseaux et la pâleur des tissus; celle du *mercure* comme celle des *alcalins* se précise aussi, et l'*effet réfrigérant du chloral* a été mis hors de doute. De là de nouvelles indications et contre-indications de ces agents puissants.

Les nouvelles applications de l'*apomorphine* ont montré que ce nouveau vomitif était loin d'équivaloir en sécurité au vulgaire émétique, et ne devait être administré qu'exceptionnellement et avec précaution. D'après des expériences cliniques décisives, le discrédit du *monobromure de camphre* est complet et absolu malgré toutes les propriétés qu'on s'efforce de lui attribuer. Au contraire, *l'eucalyptus* s'est montré efficace contre la gangrène pulmonaire, et la *strychnine* contre le catarrhe. L'*aconit* a fait merveille contre la fièvre typhoïde, et des succès remarquables de la *picrotoxine* contre l'épilepsie ont été publiés et récompensés; le *nitrite d'amyle*, si fort en vogue en Angleterre, a même réussi à en prévenir, en arrêter les accès.

En Chirurgie surtout l'activité redouble. Des tentatives in-

cessantes sont faites pour faciliter l'*anesthésie* et en diminuer les dangers. A cet effet, l'*anesthésie incomplète* est repoussée aussi énergiquement, comme dangereuse et inutile, que le *chloroforme à la veine* dans les accouchements. Administré par l'estomac pour suppléer le chloroforme, le *chloral* n'a pas été mieux accueilli qu'en injections dans les veines pour le remplacer. Le refroidissement général du corps, résultant de cette imprégnation chloralique du sang, est un danger qui doit lui faire préférer l'opium ou la morphine comme adjuvants. Son emploi externe a réussi au contraire contre l'*ozène*, la *fissure anale*, le *pansement des plaies*, etc.

En compensation, un manuel simple, facile et sans nocuité d'*anesthésie locale* a été découvert par le professeur de Létamendi.

Toujours si précieuse en chirurgie, l'hémostase s'est enrichie de la *forcipressure* avec de tels perfectionnements et de si nombreuses applications, que c'en est presque une méthode nouvelle. De là aussi l'extension de la *compression élastique* dont les indications et les effets sont de mieux en mieux précisés, ainsi que les moyens d'empêcher l'hémorrhagie consécutive qui en est l'accident le plus fréquent et le plus dangereux. L'emploi s'en est étendu à la *solidification des anévrysmes* aux membres.

C'est encore en vue de prévenir l'hémorrhagie que la *ligature élastique* et le *procédé à la ficelle* sont substitués au bistouri contre la *fistule anale*. De là l'examen de leur valeur comparative. Si la méthode Rose n'empêche pas l'effusion du sang dans les opérations sur la face, elle tend du moins à en prévenir les dangers.

On continue, par contre, à recourir plus souvent à la *transfusion du sang* et à en préciser les indications. Un excès de cette mode l'a fait injecter jusque dans le tissu cellulaire, absolument comme on a fait de l'eau simple contre la douleur.

La *ponction capillaire*, suivie ou non d'aspiration, étend aussi son domaine, notamment contre l'*obstruction intestinale*; mais à mesure aussi s'en révèlent mieux les dangers, comme pour diminuer l'engouement que chacun met à s'en servir. Dans la *thoracentèse* en particulier, des accidents de mort subite, dont la cause reste inconnue, sont de nature à faire apporter désormais plus de mesure et de réserve dans cette opération, de même que dans les kystes du foie.

L'innovation des *greffes hétéroplastiques*, de *l'isolement* et de *l'excision des varices*, quelques applications heureuses des *ligatures atrophiantes*, de la *dilatation des fistules*, de la *trépanation* dans l'ostéite névralgique, de la *névrotomie* et surtout de l'*étirement des nerfs*, sont aussi à noter, ainsi que certaines modifications opératoires de la *kélotomie* , les succès de la *position déclive* contre les hernies et le *refoulement des fibroïdes utérins*. La *lithotritie périnéale* a reçu également d'heureuses modifications instrumentales. Quant aux audaces extra-chirurgicales que l'on trouvera relatées ici et là dans ce volume, il n'en faut prendre exemple que pour ne pas les imiter.

Outre les succès du *forceps long* chez les primipares à Dublin, du *forceps-scie* à Bruxelles et l'invention de nouveaux instruments de force à Lyon, le *sériceps* en particulier, l'Obstétrique a fait de nouvelles conquêtes. C'est d'abord le moyen, facile et simple, de déterminer le *chevauchement des symphyses* pendant la grossesse, et l'existence d'*hémorrhagies clitoridiennes* chez les primipares, dont l'origine est souvent méconnue. Une nouvelle indication de l'*opération césarienne* a aussi été constatée. On signale même une cause mécanique des *présentations transversales*, des *adhérences placentaires* et de la *gangrène vulvaire*, mais de nouveaux faits en appellent encore la confirmation.

En Ophthalmologie, le *nystagmus*, rencontré chez les houil-

leurs, l'action *mydriatique de l'hyoscyamine* et un moyen de diagnostic du *sarcome choroïdien* sont les principales acquisitions. Un perfectionnement de l'iridectomie et l'emploi de la sclérotomie dans le glaucome s'y ajoutent avec d'autres remarques pratiques.

De nombreuses expériences avec le *cuivre et ses composés* ont montré que sa toxicité n'était pas à beaucoup près aussi redoutable qu'on l'admettait *à priori*, et qu'il faut y regarder à deux fois, en MÉDECINE LÉGALE, avant de conclure à son action mortelle.

Deux autres secours puissants pour aider le médecin légiste à découvrir la vérité, sont : le *pesage des os* pour distinguer un droitier d'un gaucher, et l'*examen de l'oreille du nouveau-né* pour savoir s'il a vécu. Ce dernier serait équivalent à la docimasie pulmonaire. La proposition de séquestrer les aliénés déclarés non responsables, pour mieux protéger la société contre leurs actes, est encore bien plus importante... si elle se réalise.

Il suffit de cet exposé rapide et sommaire des principaux travaux pour montrer qu'en dehors de toute grande découverte, l'année 1875 n'est pas restée stérile. On peut se convaincre qu'en dehors de la pratique, les médecins n'ont pas chômé. Aujourd'hui que l'on écrit tant en toutes choses et sur toutes choses, on s'étonne même parfois qu'ils produisent tant. C'est que leur science même les y convie, les y oblige. Ne se constituant que par l'observation et par l'expérience de tous, elle ne peut progresser que par l'accumulation des résultats, des faits, des expériences et des observations, consignés et publiés avec sincérité, au fur et à mesure qu'ils se présentent. C'est sous une autre forme la continuation de l'ancienne tradition des premiers ministres d'Esculape qui traçaient sur les murs

du temple où étaient exposés les malades les remarques relatives à leur maladie. Tout est d'être sobre et mesuré dans ses interprétations.

Les médecins français ont une bonne part dans ce bilan. La science a acquis chez nous, comme l'industrie, le commerce, l'agriculture et le travail général, un redoublement d'activité depuis nos malheurs. La catastrophe du *Zénith* est un exemple du courage avec lequel la nouvelle génération s'y dévoue, et du danger qu'il y a à vouloir escalader le ciel. Le vertige vous prend alors, selon l'expression même de M. Tissandier qui l'a si cruellement éprouvé, au point de ne pouvoir ni penser, ni parler, ni agir. Joint au froid, il amène la mort par l'asphyxie et les hémorrhagies qui en sont la conséquence. Il ne suffit donc pas d'avoir une provision de courage et d'oxygène pour s'élever dans l'air, il faudrait encore la température normale qui ne peut s'emporter si haut.

Nos jeunes médecins se sont montrés non moins vaillants et dévoués; la *nécrologie* le constate. Deux *concours d'agrégation* ont aussi donné des preuves éclatantes de leur travail et de leur savoir, et montré le succès que l'on pourrait obtenir de ces épreuves publiques, solennelles, si elles s'appliquaient au professorat. L'émulation, l'éclat et l'encouragement qui en résultent doivent faire espérer que, avec le maintien des institutions républicaines surtout, le rétablissement général du concours viendra bientôt élever encore le niveau de notre enseignement médical.

Il en est besoin surtout devant la nouvelle loi qui vient de rendre libre l'enseignement supérieur. Qu'espérer de cette liberté, si toutes les capacités ne sont pas admises à se produire, à rivaliser librement, à montrer leur supériorité, pour s'enrôler au service de l'État? La concurrence lui sera alors fatale, et il ne lui suffira pas de créer des Facultés nouvelles, des Écoles de plein exercice, des chaires et des laboratoires, si ce principal

moteur, le concours, qui doit les animer, leur donner la vie et la vigueur, leur manque. Le favoritisme et le népotisme auront libre carrière, et la palme sera alors aux plus habiles et aux mieux favorisés, plutôt qu'aux plus dignes.

L'urgence du rétablissement complet du concours dans les Facultés de l'État en France se démontre par le succès des universités, des collèges, des écoles étrangères où il n'existe pas nominativement. Mais n'est-ce pas un véritable concours permanent que ces établissements indépendants, appelés à se recruter eux-mêmes, exercent dans leur propre intérêt sur tout ce qui s'élève autour d'eux de près ou de loin? C'est ainsi qu'en Allemagne, comme en Angleterre et en Amérique, les professeurs les plus renommés sont appelés librement à occuper les premières places. Nos Facultés, n'en pouvant faire autant, sont obligées de recourir au concours public comme en Italie, en Espagne et en Portugal, pour justifier le choix de leurs candidats et l'indépendance de leurs présentations.

On trouvera à la *Jurisprudence* les lois, décrets ou jugements récents concernant la profession, même à l'étranger. Mais une création nouvelle non signalée est la fondation d'un *Comité de défense des médecins de la Gironde pour réprimer l'exercice illégal*. C'est l'imitation de la *British medical defence association* qui existe à Londres. Tout en applaudissant à cette ligue vaillante du *self-government*, il faut reconnaître qu'elle proclame l'insuffisance de l'Association générale des médecins de France à protéger ses membres, et encore plus celle de l'État. A quoi bon conquérir un diplôme et payer patente pour ne pas être mieux protégé dans l'exercice de sa profession?

P. Garnier.

Paris, 15 janvier 1876.

DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

DES SCIENCES ET INSTITUTIONS

MÉDICALES

1875

A

ABCÈS. *Présence des vibrions dans les abcès chauds.* — Voy. FERMENTATION.

Abcès métastatiques. Leur siége dans l'infection purulente est, suivant M. Després, sous l'influence d'une loi diathésique ou des maladies, des altérations locales, dont le sujet a été frappé antérieurement. Ils occupent si souvent le poumon parce que l'inflammation ou la plaie qui détermine l'infection purulente aiguë intéresse ordinairement des vaisseaux appartenant à la grande circulation. La pyohémie qui suit les lésions intéressant le système veineux du foie engendre normalement les abcès métastatiques du foie. On les rencontre de même chez les alcooliques, comme dans la rate chez les fiévreux ; ceux des articulations doivent se rencontrer chez les rhumatisants et aussi chez tous ceux dont les maladies antérieures ou un régime spécial ont pu laisser des altérations durables sur un organe quelconque. (*Acad. de méd.*, mars.)

Cette loi aurait une grande portée si elle se vérifiait. Son auteur l'a étayée sur 34 observations recueillies en trois ans dans son service d'hôpital. C'est donc là un commence

ment de preuves sérieux. Il reste à d'autres cliniciens de les compléter.

Abcès épiphysaires. *Trépanation.* Cette variété des abcès des os, bien connue depuis la thèse de M. Cruveilhier fils (voy. *année* 1865), a été mise de nouveau en évidence par un cas observé par M. Duplay. Il s'agissait d'un garçon de vingt-sept ans qui, depuis dix ans, éprouvait une douleur avec gonflement à l'extrémité inférieure de la jambe gauche, sans aucune cause locale ou générale pour l'expliquer. Une vingtaine d'abcès s'étaient formés depuis dans ce siége circonscrit du tiers inférieur du tibia, sans jamais déterminer de mouvement fébrile. Ils restaient fistuleux pendant un ou deux mois après leur ouverture spontanée ou artificielle pour se tarir ensuite en laissant une cicatrice adhérente. Mais la douleur et le gonflement persistaient. La fatigue ou la position déclive de la jambe déterminait une sensation de plénitude, avec douleurs sourdes, profondes, et de plus en plus vives tant que le membre n'était pas placé horizontalement. Une nuit suffisait à calmer la douleur. Des rémissions de deux à trois semaines ont été observées.

Un abcès de ce genre amène le malade à l'hôpital de la Pitié le 3 janvier 1873. Il s'est ouvert depuis quelques jours à 4 centimètres environ au-dessus de la malléole interne sur la face interne du tibia maculée des cicatrices des précédents. Un stylet introduit dans l'ouverture fistuleuse reste séparé de la face interne de l'os par une épaisseur notable de parties molles. L'os n'est donc pas à nu ; jamais il n'a été senti et ni séquestre ni esquille ne sont jamais sortis. Rougeur légère avec gonflement au pourtour de l'ouverture sans que la pression soit bien douloureuse. Le gonflement profond, assez uniforme, du tiers inférieur de la jambe, donne au toucher la sensation d'une résistance osseuse. L'articulation tibio-tarsienne est libre et indolore et ne participe même pas à la douleur résultant de la fatigue.

La chronicité de cette affection excluait l'idée d'une ostéite épiphysaire s'accompagnant de douleurs aiguës, de fièvre et même du décollement de l'épiphyse. Ce pouvait être une ostéo-périostite simple, car il y avait absence de fongosités, mais cette affection résulte ordinairement d'un

coup, d'une chute ou d'un traumatisme quelconque et il n'y en a jamais eu. L'absence de diathèse en exclut aussi l'idée, de même que l'absence de fièvre qui apparaît toujours à un moment donné dans l'ostéo-périostite. Elle détermine d'ailleurs des nécroses, des pertuis fistuleux qui n'existent pas. Un abcès intra-osseux est donc diagnostiqué et le malade voulant sortir, M. Duplay le prévint qu'une opération serait nécessaire sans laquelle des accidents pourraient occasionner l'amputation de la jambe.

En s'ouvrant dans l'articulation voisine, les abcès épiphysaires peuvent entraîner en effet cette complication grave. Un fait, communiqué à la Société de chirurgie par le professeur Richet, prouve que ce danger est possible. Un certain nombre d'arthrites tibio-tarsiennes ou fémoro-tibiales peuvent résulter du voisinage de ces abcès ou de leur ouverture dans ces articulations. L'amputation de la jambe pratiquée en 1872 à la Pitié, chez un garçon de vingt-cinq ans, arrivé au dernier degré du marasme, pour une lésion grave de l'extrémité inférieure du tibia et de l'articulation tibio-tarsienne, montra ainsi un magnifique abcès de l'épiphyse inférieure du tibia avec suppuration des parties avoisinantes sans ouverture de l'articulation. En reconnaissant de bonne heure la nature du mal, on eût prévenu infailliblement la perte du membre par une opération pratiquée à temps.

Pendant deux ans environ, la douleur a continué comme précédemment, puis elle a augmenté tout à coup en empêchant le malade de se tenir debout. Un petit abcès est de nouveau apparu sur la face interne du tibia et, averti comme il l'était, le malade rentra à l'hôpital le 14 décembre 1874. Un abcès comme une noisette, non ouvert, existe à la partie inférieure du tibia qui n'a pas sensiblement augmenté de volume dans ses 10 centimètres inférieurs. La douleur à la pression est médiocre. La consistance est partout osseuse, excepté dans le diamètre de l'abcès où une fluctuation est perçue. L'articulation du cou-de-pied est intacte. Les mouvements en sont seulement limités par la déformation de l'os et la difficulté d'action en résultant pour les tendons. La douleur est contusive, profonde, avec sensation de plénitude, et non pulsatile comme dans les phlegmasies et le panaris notamment.

L'opération est pratiquée dès le lendemain après chloroformisation. Une incision cruciale ouvre la petite collection purulente, et l'on put se convaincre d'abord que la cavité de cet abcès était absolument indépendante de l'os. Loin de là, le périoste était considérablement épaissi, et, contrairement à ce que l'on observe dans les ostéo-périostites vulgaires, il adhérait intimement à la surface de l'os, si bien qu'il fallut déployer une force considérable pour le détacher avec la rugine de l'os sous-jacent. Une première couronne de trépan, de la largeur d'une pièce de 20 centimes, appliquée à 6 centimètres au-dessus du sommet de la malléole, n'amena aucun liquide; mais une sonde cannelée, introduite dans l'ouverture osseuse et conduite vers l'extrémité inférieure de l'os, ramena quelques gouttes de pus. Une seconde couronne fut appliquée 2 centimètres plus bas, et dès que la rondelle osseuse, qui ne présentait pas moins de 1/2 centimètre d'épaisseur, se détacha, on vit s'écouler du pus, d'apparence phlegmoneuse, dont la quantité a pu être évaluée à une grande cuillerée à café. La cavité osseuse était unie à l'intérieur, revêtue d'une membrane rosée, et ne présentait en aucun point ni dénudation, ni séquestre.

Un drain fut introduit dans la cavité osseuse et y resta pendant deux jours; la plaie, recouverte d'abord d'un cataplasme, puis pansée simplement, marcha assez rapidement vers la cicatrisation. On faisait matin et soir une injection dans l'intérieur de la cavité osseuse. Le malade sortit de l'hôpital complétement guéri et marchant sans douleur. (*Soc. de chir.*, février.)

Ce fait est un exemple du soin que l'on doit mettre dans le diagnostic de ces affections osseuses des extrémités, notamment du tibia, plus souvent encore la supérieure que l'inférieure, et parfois celles du fémur et de l'humérus. Au lieu de se former dans le canal médullaire comme dans l'ostéo-myélite, ces abcès épiphysaires se forment plus haut ou plus bas, c'est-à-dire à 5 ou 6 centimètres de l'articulation. Une cavité se forme dans l'épaisseur de l'os tapissée d'une membrane pyogénique intérieure villeuse, très-sensible. Des sinus veineux l'entourent et une ostéite condensante augmente le volume de l'épiphyse. Delà la douleur et le gonflement.

Cette douleur peut varier. Au lieu d'être intermittente, comme dans le cas actuel, elle est ordinairement continue avec des paroxysmes d'une extrême acuité. Elle s'exaspère aussi par la position déclive.

Cette affection se rencontre exclusivement chez les jeunes gens et se distingue par sa durée dont la moyenne est de dix ans comme dans le cas actuel. Il ne faut donc pas hésiter à trépaner l'os en pareil cas, car c'est une opération facile, sans danger, une véritable saignée osseuse, comme disait Laugier, et qui, pratiquée à temps, peut sauver un membre et jusqu'à la vie du malade.

Les symptômes qui leur sont attribués et surtout la douleur vive et rebelle qui en est constante et pathognomonique, suivant les auteurs, ne sont pas caractéristiques selon M. Gosselin. Il le montre par l'analyse critique des faits publiés et la relation de six observations personnelles. Il en résulte que des cavités peuvent exister dans les os longs condensés par une ancienne ostéite, sans contenir du pus, et donnant lieu à des douleurs névralgiques analogues à celles des abcès. Les os hypertrophiés par une ancienne ostéite peuvent aussi donner lieu à ces douleurs. Heureusement la trépanation de l'os, appliquée contre les abcès, est aussi avantageuse dans ces cas, et, comme elle est sans danger, on peut toujours l'employer. Elle sert au moins à la certitude du diagnostic. (*Acad. de méd.*, octobre.) — Voy. PÉRIOSTITE PHLEGMONEUSE DIFFUSE.

Abcès abdominal. *Succussion hippocratique.* Ce phénomène extrêmement rare a été observé par M. Laboulbène à l'hôpital Necker dans une tumeur abdominale uniloculaire gauche, du volume d'une tête d'adulte, prise d'abord pour un kyste ovarique. Arrondie, mate à la percussion et fluctuante, elle augmenta à peine pendant un mois ou six semaines, mais, la fièvre s'étant déclarée, elle devint douloureuse, la peau s'amincit, rougit et se perfora ensuite spontanément.

C'est avant cette perforation et sans qu'aucune évacuation appréciable ait été constatée par le rectum ou la vessie, que la sonorité a remplacé la matité et que le ballottement faisait entendre, même à distance, le bruit caractéristique d'une carafe non remplie et que le bruit de succussion hip-

pocratique était perçu à l'auscultation d'une manière très-évidente; renforcé qu'il était par le voisinage des anses intestinales, distendues par les gaz. MM. Chauffard et Delpech l'ont aussi constaté.

Après s'être ouverte spontanément, cette tumeur donna issue à du pus fétide et des gaz contenant de nombreux leucocytes. Un tube à drainage et un bandage compressif facilitèrent la sortie du liquide qui était tari un mois après. Aucune tumeur n'ayant été constatée dans l'utérus et celle-ci étant complétement disparue, M. Laboulbène conclut à un abcès développé dans les parois abdominales avec formation spontanée de gaz probablement à cause du voisinage de l'intestin. Plusieurs faits analogues ont été observés. M. Roger en cite un, M. Hérard deux, et Demarquay ponctionna un kyste de l'ovaire dont il sortit 3 litres de liquide et des gaz.

Mais une petite fissure ou une adhérence avec la tumeur sont bien plus probables. M. Gosselin cite ainsi un abcès gazeux dans sa *Clinique*, qui communiquait avec l'intestin. M. Depaul a constaté le gargouillement et la succussion hippocratique dans une grossesse extra-utérine où l'intestin communiquait aussi avec le kyste fœtal, comme la gastrotomie le démontra. Une communication analogue est donc probable ici pour expliquer l'inflammation de la poche, la formation du pus et des gaz. (*Acad. de méd.*, janvier et août).

De ces faits et d'autres analogues qu'il a recueillis et relatés, M. Laboulbène conclut que l'on doit admettre l'existence du bruit de succussion hippocratique ou celui de flot hydroaérique, à timbre métallique, comme pouvant être perçu dans plusieurs sortes de tumeurs abdominales, sans qu'elles soient en communication avec l'air extérieur. (*Arch. de méd.*, septembre.)

Abcès périnéphrique traumatique. Un enfant de six ans ayant fait une chute en traîneau sur le côté gauche en éprouva immédiatement de telles douleurs dans le flanc qu'il ne put marcher. La fièvre l'obligea à garder le lit et quand, le dix-septième jour, le docteur Loeb est appelé, il y avait pouls à 136, soif vive, agitation, chaleur et douleur dans la région lombaire gauche, saillante et d'un rouge

mat; jambe gauche fléchie sur le bassin, les mouvements, extrêmement douloureux, sont presque impossibles. Constipation, absence de sucre et d'albumine dans l'urine.

Le diagnostic était évident, surtout avec l'augmentation graduelle des phénomènes inflammatoires locaux, la saillie croissante des téguments et une fluctuation sensible et même assez superficielle. Un symptôme le confirma bientôt : ce fut une odeur infecte de selles comme purulentes. Il fallut donc agir. Un chirurgien fut appelé le 28 janvier, et une large incision donna issue à un flot de pus épais, verdâtre, mêlé de stries sanguines, dont la quantité était de deux tiers de litre environ. Le doigt de l'opérateur, introduit dans l'ouverture, perçut la face postérieure du rein, ne présentant rien d'anormal.

Aussitôt cessa la présence du pus dans les selles, la fièvre diminua et l'état général s'améliora si rapidement que le 11 février, la guérison était complète. (*Jahrbuch.*, 1874.)

Faut-il voir là une contradiction à l'assertion de Rosenstein qu'il n'existe pas d'observation d'abcès périnéphriques chez les enfants? Évidemment, il voulait parler de ces abcès spontanés, obscurs, lents, de cause interne, si bien étudiés par Trousseau (voy. *année* 1865). C'est tout le contraire ici, et il est clair qu'un traumatisme peut aussi bien se faire dans cette région chez l'enfant que chez l'adulte, et provoquer des conséquences identiques. Ce fait n'a donc rien de nouveau.

ACCOUCHEMENTS. *Cause des présentations transversales.* Si elles sont parfois accidentelles et paraissent telles dans la majorité des cas, il est démontré aussi que la conformation vicieuse de l'utérus peut les produire. Simpson en a relaté un exemple très-concluant et c'est probablement pour n'y pas avoir apporté un examen suffisant que cette cause n'a pas été plus souvent signalée. Sur six accouchements, une femme de trente-trois ans ayant offert quatre fois une présentation transversale, le docteur A. Macdonald constata très-bien après la délivrance, dans le dernier cas, que l'utérus avait une élongation particulière de son grand axe transversal. Il se contractait énergiquement et uniformément, mais, au lieu d'avoir sa forme ordinaire, il était raccourci dans son diamètre longitudinal et très-

allongé dans son diamètre transversal. D'où la cause de cette répétition de la présentation vicieuse du fœtus. (*Edinburgh med. Journ.*, juillet 1874.)

M. Aubenas a communiqué également à la Société de médecine de Strasbourg l'observation d'une femme ayant eu huit accouchements toujours en présentation transversale. Il est vrai qu'un léger rétrécissement antéro-postérieur du bassin, d'un demi-centimètre à un centimètre, pouvait y contribuer, mais il eût été également intéressant de constater la direction de l'utérus et c'est à ce fait surtout que les accoucheurs doivent s'appliquer dans toutes les présentations transversales.

Chloral. De l'emploi qu'en a fait le professeur Chiara, directeur de l'école obstétricale de Turin, pendant l'accouchement, pour en diminuer les douleurs ou en combattre les accidents nerveux, il résulte qu'on peut l'administrer à la dose de 4 à 8 grammes, dans l'espace de deux à six heures, sans danger pour la mère ni pour l'enfant, aussi bien avant qu'après l'accouchement. Les contractions n'en sont ni changées, ni diminuées pendant le sommeil et la diminution de la sensibilité en résultant.

Dans les opérations qui ne réclament pas l'emploi de la main ou des instruments au-dessus du détroit abdomidal, le chloral a produit un calme et une anesthésie suffisants pour autoriser à lui donner la préférence sur le chloroforme. Il combat surtout très-utilement les accidents douloureux qui peuvent compliquer et entraver la marche du travail. (*Gaz. delle cliniche*, novembre 1874.)

Hémorrhagie clitoridienne. Parmi les déchirures provoquées par le passage de la tête dans l'anneau vulvaire, il en est une qui est à peine signalée dans les traités d'obstétrique français. Joulin, seul, dit que l'on a noté quelquefois la contusion et même la rupture d'une des racines du clitoris. Mais les auteurs allemands sont beaucoup plus explicites. Scanzoni dit que les hémorrhagies de la vulve siégeant à la partie inférieure, sont souvent rebelles à l'action des hémostatiques les plus énergiques, et d'autres ont constaté que ces ruptures du tissu caverneux ont été suivies d'anémie mortelle dans plusieurs cas.

M. Laroyenne appelle l'attention sur cette complication spéciale pour l'avenir, observée six fois, toujours sur des primipares et du même côté. C'était à la suite d'un accouchement naturel, deux fois; de l'application du forceps, trois fois, et une fois du céphalotribe.

On peut la voir se produire, dit-il, lorsque l'intervention instrumentale est nécessaire ou que la lenteur du travail oblige à surveiller de près les derniers moments de l'évolution. La compression de la tête sur les vaisseaux de retour, en empêchant la circulation rétrograde, tuméfie les corps caverneux pressés contre l'arcade pubienne. Bientôt l'un d'eux, distendu et entraîné par la tête qui tend à sortir, se déchire avec la muqueuse qui le recouvre sur un point plus ou moins rapproché du clitoris. Un hématome ou un thrombus en résulterait si la muqueuse résistait.

Cette plaie donne lieu à un écoulement de sang en nappe et darde parfois des jets artériels très-fins si l'on écarte les parties pour en découvrir la source. A défaut de la connaître, on peut croire qu'elle provient de la surface interne de l'utérus ou d'une déchirure du col. Elle peut ainsi se perpétuer sans que l'on y porte remède et devenir très-préjudiciable à l'accouchée. Une de celles de M. Laroyenne a succombé à une péritonite généralisée sans pouvoir juger si la plaie du tissu caverneux en avait été le point de départ.

Il suffit de connaître l'origine de cette hémorrhagie pour la réprimer aussitôt avec une pince laissée à demeure. Une serre-fine a suffi à M. Fochier. En l'enlevant douze heures après, le sang n'a plus reparu. Scanzoni se loue aussi de ce moyen simple.

Pour la prévenir, il suffirait d'agrandir l'anneau vulvaire, au moment où il est vivement distendu, par les deux petites incisions libératrices latérales de P. Dubois, sinon les incisions sous-muqueuses du constricteur.

On ménage ainsi la déchirure périnéale aussi bien que la déchirure pubienne. (*Lyon méd.*, n° 17.) — Voy. SÉRICEPS.

Dysenterie puerpérale. — Voy. *ce mot.*

De l'innocuité relative des accouchements chez les primipares âgées, thèse inaugurale par le docteur A. Coccio ; Paris .

Admettant que cette croyance repose sur ce que tous les cas difficiles vont dans les cliniques et les maternités où ce n'est pas le lieu de juger de la marche naturelle de l'accouchement, l'auteur a recueilli et analysé scrupuleusement 21 observations de primipares, de vingt-huit à quarante-trois ans, accouchées en ville.

Chez 12, de vingt-huit à trente-cinq ans, la durée moyenne du travail a été de quatorze heures et de treize chez les neuf autres plus âgées. Pas une seule n'a eu de fièvre puerpérale. Six applications de forceps ont eu lieu dans la première série et une dans la seconde ; un seul mort-né dans la première série et un cas de métrite simple. Toutes les mères se sont bien rétablies.

La dilatation plus lente du col et la résistance plus marquée du périnée sont les seules différences observées, mais le temps vient facilement à bout de ces obstacles. Il est donc utile et moral d'encourager les alliances même tardives et de ne pas détourner le mariage de son véritable but.

Contributions to the mechanism of natural and morbid parturition, par M. Matthews Duncan, président de la Société obstétricale d'Edimbourg, un volume de 468 pages, Edimbourg. Ouvrage original et surtout critique sur différents points de l'obstétrique, les hémorrhagies placentaires en particulier, et appuyé d'expériences et de recherches très-multipliées. En visant les travaux français et allemands, aussi bien que les anglais, il est utile à consulter partout.

ACIDES. Acide salicylique. Un grand bruit s'est fait en Allemagne sur ce nouveau médicament en raison de ses propriétés antiputrides. Dérivé de la salicine qui forme la partie active de l'écorce de saule, il était resté jusqu'ici à un prix presque inabordable, lorsque Kolbe découvrit un procédé pour le préparer artificiellement par synthèse. Il fait chauffer de l'acide phénique sur une lessive de soude et de phénate de soude, et ajoute l'acide carbonique. Un salicylate de soude alcalin en résulte, dont l'acide salicylique est isolé par l'acide chlorhydrique. Sa formule est : $C^7H^6O^3$. C'est une poudre blanche, peu soluble dans l'eau, très-soluble dans l'alcool, l'éther et l'eau chaude. La cha-

leur le décompose en acide carbonique et en acide phénique. Sans odeur, sans goût, il n'est ni caustique, ni corrosif; dénué d'action irritante sur les tissus, il ne produit pas d'inflammation avec les doses voulues pour ses effets.

Ainsi préparé, cet acide ne coûte que 15 à 20 francs les 500 grammes, soit dix fois moins qu'autrefois. Son origine semblant lui attribuer des propriétés antiputrides et antiseptiques supérieures à l'acide phénique, de nombreuses expériences ont déjà été faites de part et d'autre, à l'appui de ces prévisions, avec différentes solutions. Une partie étant soluble dans 4 d'alcool, dans 50 d'huile et dans 50 de glycérine chauffée, on peut avoir une solution aqueuse au centième en faisant dissoudre une partie d'acide salicylique dans 20 de glycérine chaude, mélangée à 80 parties d'eau.

Suivant Kolbe, une solution de 4 pour 100 empêche les phénomènes de fermentation et de putréfaction, l'amygdaline ne se transforme pas par émulsine. Il empêche la germination des graines et arrête la croissance des plantes d'après Knop. 1 gramme suffit pour arrêter la fermentation de 5 grammes de levûre de bière sur 120 grammes de sucre dissous dans un litre d'eau. La fermentation de la bière, du champagne et des sirops destinés à l'exportation, en est également empêchée. D'après les expériences du professeur Neugebauer, il suffirait de recouvrir la bonde des tonneaux d'eau à bord des navires avec du coton qui en soit imbibé pour en prévenir la décomposition. La coagulation du lait a été retardée de trente-six heures par l'addition de 6,04 pour 100 de cette substance. La viande en est aussi conservée pendant près d'un mois. Il peut servir comme dentifrice et faire disparaître la mauvaise odeur de la bouche sans causer aucun accident. J. Muller a constaté que, plus actif que l'acide phénique, il agit plus énergiquement sur la pepsine, la diastase salivaire et la fermentation glycogénique.

De là les essais cliniques et thérapeutiques qui en ont été faits et qui sont poursuivis. Employé par Thiersch en poudre ou en solution au trois-centième sur les plaies, il a agi plus énergiquement que l'acide phénique en faisant disparaître l'odeur putride sans produire d'inflammation. Une solution d'une partie de cet acide avec trois de phos-

phate de soude sur 50 d'eau provoque la cicatrisation des surfaces granuleuses. Il remplace l'acide phénique pour les injections vaginales et le pansement des ulcères puerpéraux dans les services d'accouchements de Leipzig. Sa solubilité dans l'huile permet aussi de l'employer comme dans la méthode de Lister. — Voy. Pansements.

Outre cette action locale, le docteur Fürbringer conclut d'une série d'expériences, qu'il abaisse notablement la température et abrége la fièvre dans la septicémie déterminée chez les animaux par les injections putrides. Son administration a donné quelques succès non constants contre la fièvre vitulaire ou du vélage avec symptômes putrides, alors que les injections vaginales de permanganate de potasse et l'administration interne de 10 grammes de chlorhydrate de quinine avec du sulfate de magnésie et des amers, répétées de six en six heures, n'avaient pu conjurer les accidents.

D'après Butt, ce serait un antipyrétique comparable à la quinine sans les inconvénients du collapsus et de l'intoxication de cet alcaloïde. L'usage en est de même recommandé dans la fièvre typhoïde, l'érysipèle, le rhumatisme.

Son action antiputride sur l'urine l'a fait employer quatre fois par Fürbringer contre le catarrhe de la vessie, à la dose de 1gr,50 par jour dans une solution mucilagineuse de 300 grammes. La disparition des bactéries dans l'urine et une réaction acide en sont résultées. Son usage interne n'a pourtant pas empêché la formation de cellules de pus dans la muqueuse vésicale. On l'emploie en injections vésicales à un 1/5 pour 100.

Ce nouvel agent est en expérimentation non-seulement en Allemagne, mais aussi en Angleterre et aux États-Unis. On saura bientôt à quoi s'en tenir des résultats obtenus. « Il nous semble, ajoute la *Gazette hebdomadaire*, que les qualités antiputrides et antifermentescibles de l'acide salicylique le rapprochent complétement de l'acide phénique ; il est donc naturel qu'on en essaye l'usage dans tous les cas où l'acide phénique est indiqué. Maintenant, l'acide salicylique est-il supérieur à l'acide phénique? C'est ce que prétendent les auteurs que nous avons cités, et voici les avantages qu'ils invoquent en faveur de l'acide salicylique : celui-ci, agissant plus énergiquement à petite dose sur les

ferments, est entièrement dénué d'action irritante sur les tissus; il n'est ni caustique ni corrosif, et ne produit pas d'inflammation; avec des quantités nécessaires pour produire ses effets, il ne peut amener aucun accident: il est sans odeur, sans goût; de sorte qu'il peut être employé pour la conservation de la viande et de l'eau.

Acide urochloralique. — Voy. Chloral.

ADÉNOPATHIE BRONCHIQUE CANCÉREUSE. — Voy. Cancer des ganglions bronchiques.

ALBUMINURIE. *Stade préalbuminurique.* La tension artérielle constatée par les tracés sphygmographiques du pouls chez des scarlatineux avant l'apparition de l'albumine dans l'urine, tandis que des matières cristalloïdes caractéristiques du sang s'y rencontrent, l'hémoglobine en particulier, a conduit M. Mohamed à faire de ces signes le stade préalbuminurique. Il les a constatés de même dans certains états prédisposant à l'albuminurie comme au début de l'intoxication saturnine, alcoolique et pendant la grossesse. La présence des matières cristalloïdes du sang dans l'urine se reconnaît à la coloration bleue qu'elle prend par l'addition de deux gouttes d'éther ozonique et un de teinture de gaïac. Cette coloration manque dès que l'albumine devient abondante. (*Medico-chir. Transactions*, 1874.)

ALCALINS. Contre l'opinion qui leur attribue la propriété d'appauvrir le sang, le docteur Pupier distingue entre l'état physiologique et l'état pathologique. Le bicarbonate de soude, donné expérimentalement à forte dose et longtemps prolongé à un homme de quarante-sept ans dans l'état physiologique, a amené une augmentation des globules rouges constatée avec l'appareil Malassez. Des résultats semblables ont été obtenus chez le chien, le lapin et le poulet. Les globules étaient augmentés ainsi que la température, le poids du sujet et les phénomènes trophiques. C'est donc une action tout inverse.

L'altération du sang par la médication alcaline s'observe au contraire quand il y a lésion interstitielle. Elle entraîne l'anémie en développant l'évolution morbide. Ces faits, en

apparence contradictoires de l'observation clinique, se concilieraient par cette explication en conservant aux alcalins leur action univoque. D'une part, ils activent le fonctionnement physiologique; de l'autre, ils stimulent le processus pathologique. De là leur contre-indication thérapeutique dans ce dernier cas. (*Acad. des sciences*, mai.)

Action des eaux de Vichy sur la composition du sang. Réfutation expérimentale de la prétendue anémie alcaline, par Zénon Pupier, médecin consultant aux eaux de Vichy. In-8° de 168 pages.

ALIÉNATION MENTALE. *Classification.* Au point de vue psychologique, M. le docteur Despine divise les différentes espèces de folies en quatre grandes classes. La première renferme les *folies instinctives* de toute forme, caractérisées par la perversion, le trouble des facultés morales avec conservation des facultés intellectuelles. L'élément instinctif est seul affecté sans être détruit. Il fonctionne d'une manière anomale, son activité est différente comme l'estomac se contracte ou sécrète anormalement, comme le cœur bat d'une manière désordonnée sous l'influence d'une simple émotion; mais sans que ni l'un ni l'autre de ces organes, pas plus que le cerveau, soient altérés dans leur texture. Une activité pathologique anormale désordonnée du cerveau en est la cause et non une altération organique qui emporte avec elle la destruction des facultés. C'est pourquoi elle guérit souvent et parfois subitement. Les rares lésions microscopiques rencontrées sont étrangères aux perversions morales; elles sont le début de l'affection qui en amenant la destruction des facultés produira la démence.

Deux formes principales caractérisent cette espèce de folie : l'excitation du cerveau se manifestant par les passions gaies, orgueilleuses, ambitieuses, expansives, ou par les passions tristes, mais violentes, telles que l'anxiété, l'inquiétude turbulente, le désespoir, la dépression; l'affaiblissement dans l'activité cérébrale se manifeste par les passions tristes, la crainte, le découragement, la défiance, l'absence de volonté. Ce sont les deux manifestations générales mais exagérées, troublées de l'activité cérébrale dans la jeunesse et sa dépression dans la vieillesse.

La *folie paralytique*, qui est un mélange de folie instinctive et d'affaiblissement des facultés intellectuelles, forme la deuxième classe. Elle correspond non-seulement à une activité cérébrale pathologique avec excitation ou dépression se manifestant par des délires gais ou tristes, mais encore à une altération grave et progressive du cerveau qui atteint graduellement les facultés psychiques et aboutit à la démence.

La *manie aiguë et chronique*, caractérisée par un mélange de perversion des facultés instinctives et la disparition, le bouleversement des facultés intellectuelles, est le type de la troisième classe. L'inflammation aiguë et l'excitation vive du cerveau qui en résulte se manifestent par un bouleversement *avec violence* de toutes les facultés psychiques, perversion et destruction des facultés. De là la distinction avec l'excitation purement fonctionnelle. L'absence de violence permanente caractérise l'état chronique. La destruction des facultés intellectuelles reconnaît pour cause les altérations de la substance grise périphérique.

Toutes les autres formes psychologiques de l'aliénation mentale rentrent dans la dernière classe. La diminution ou l'absence des facultés intellectuelles et morales en est le caractère ; survenant à la suite d'une vive émotion, elles amènent la stupeur, s'il n'y a pas désorganisation de tissu, et la démence dans le cas contraire.

Les folies épileptiques, hystériques et alcooliques, malgré quelques particularités spéciales, peuvent rentrer dans ce cadre. (*Acad. des sciences.*)

Transfusion du sang d'agneau. L'encouragement donné aux aliénistes italiens par quelques succès de cette méthode de traitement (voy. *année* 1874) en a bientôt fait étendre l'emploi dans la plupart des asiles. L'enthousiasme vaniteux de la nation a aussitôt fait remonter la priorité de la transfusion au Toscan Folli, élève de Redi, et la transfusion directe du sang artériel de l'agneau à l'homme est également attribuée à Albini, alors que Gesellius en Russie et Hasse en Allemagne en réclament aussi la priorité. Compétition assez fréquente dans l'histoire des découvertes et des innovations humaines, car il n'est pas rare qu'une découverte étant rendue imminente par les progrès même de la science,

plusieurs personnes s'en occupent simultanément et arrivent en même temps à la réaliser dans plusieurs pays à la fois.

Le premier congrès phréniatrique italien, tenu à Imola, a été spécialement l'écho de ces prétentions et de ces succès. M. Michetti a rapporté ainsi six nouvelles applications de cette méthode de traitement à des mélancoliques avec deux succès remarquables et M. Ponza a rappelé ceux obtenus à l'asile d'Alexandrie. Il en résulte que c'est moins par sa quantité que par sa qualité que le sang agit. Au lieu des 60, 80 et 150 grammes de sang veineux humain, transfusés directement par MM. Béhier, Molinier et Brouardel l'année dernière, 15 à 25 grammes de sang artériel d'agneau ont suffi. Au-dessus de cette dose, des accidents congestifs, cérébraux ou pulmonaires ont apparu aussitôt et nécessité même une saignée pour les conjurer.

Les effets immédiats ont été l'élévation du pouls, de la respiration et de la température. Le calme, la raison, la parole, sont revenus. Les malades demandent bientôt à manger et digèrent si bien que ceux affectés de diarrhée cachectique en sont rapidement guéris et que leur poids ne tarde pas à augmenter. Les mélancoliques de M. Ponza ont ainsi augmenté de 3 à 4 kilogrammes dans les quinze à vingt jours après la transfusion.

Le secret de cette action bienfaisante de la transfusion directe est, suivant M. Michetti, dans l'introduction de globules rouges dans la circulation. En portant de l'oxygène dans le sang, qui est l'excitant le plus homogène et le plus puissant de la vie du système nerveux, ils en déterminent des modifications telles que le système nerveux central en serait favorablement impressionné. Pour M. Ponza, au contraire, le sang artériel du mouton est un simple *reconstituant* pour les aliénés pellagreux, un *excitant diffusible* avantageux pour les lypémanes stupides et un précieux moyen de remplacer les globules rouges chez les anémiques. (*Archivio delle malattie nervose*, janvier.)

Quoiqu'il en soit, il est certain que le sang artériel du mouton ainsi transfusé directement doit contenir infiniment plus de globules rouges que le sang veineux de l'homme et surtout que le sang défibriné. Si c'est par ces globules ou l'oxygène qu'ils contiennent que l'action a lieu,

évidemment la transfusion du sang défibriné n'a plus de raison d'être et celle du sang veineux n'aurait plus guère d'indication.

Chlorate de potasse. — Voy. DIARRHÉE.

Le dernier rapport, produit au Parlement anglais, porte à 69 982 le nombre total des aliénés du Royaume-Uni, dont 43 367 sont placés dans les comtés, les bourgs, les districts et les asiles privés et 26 615 dans les Workhouses et ailleurs. La dépense de chaque aliéné de la première classe étant évaluée à 4 schellings, 5 francs, par semaine, le total s'élève ainsi à 11 275 425 francs par an.

Séquestration comme conséquence de l'irresponsabilité. L'acquittement d'un aliéné ou d'un épileptique pour cause d'irresponsabilité d'un crime ou d'un délit commis par lui a, suivant M. Gallard, un double danger dans l'état actuel de la législation française. Rien ne garantit la société contre le retour d'actes semblables ou pires après sa mise en liberté, et, à la faveur de l'immunité dont ils jouissent, ces aliénés peuvent, dans leurs moments lucides ou par une simulation difficile à reconnaître, se livrer impunément à tous les actes criminels ou délictueux que leur suggèrent les plus abominables passions.

La loi de 1838 permet le placement d'office des aliénés reconnus dangereux ; mais la mesure administrative qui l'ordonne peut également le révoquer et c'est ainsi que des détenus reconnus irresponsables d'assassinats commis sous l'influence de l'ictus épileptique ont ensuite été mis en liberté. De là le danger en faisant rentrer dans la société une sorte de bête fauve qui, ne connaissant ni frein ni loi, peut se livrer de nouveau et toujours inconsciemment aux actes les plus sauvages.

Les verdicts les plus contradictoires en résultent. En présence de ces nouveaux crimes ou de ces nouveaux attentats, les jurys, troublés par les discussions scientifiques d'une part, et les exigences de la loi, d'autre part, établissent une sorte de compromis en condamnant à des peines à temps des individus qui, en bonne logique, auraient dû subir la peine capitale, s'ils étaient véritablement coupables,

ou acquittés purement et simplement s'ils étaient irresponsables et par conséquent innocents.

On éviterait ces singuliers verdicts qui ne satisfont ni la loi ni la science, si les tribunaux pouvaient, après avoir constaté l'irresponsabilité au nom de celle-ci, protéger la société au nom de celle-là en ordonnant d'office, par jugement et à titre d'ordre public, la séquestration dans un asile déterminé, de l'aliéné ou de l'épileptique reconnu dangereux. Ce jugement rendu publiquement et après débats contradictoires aurait une autorité irrévocable que n'a pas une simple mesure administrative, toujours empreinte d'un cachet d'arbitraire et révocable avec la même facilité qu'elle est prise. La magistrature présente évidemment autant de garanties que l'autorité administrative pour laisser ces individus irresponsables à leurs familles quand celles-ci peuvent répondre de leurs actes pendant leur délire. Ce n'est que si la surveillance est insuffisante ou fait défaut et qu'un crime ou délit ait été commis, que la magistrature sera en droit d'enlever ces individus à leur famille et d'ordonner la séquestration pour les mettre hors d'état de nuire de nouveau.

C'est ce qu'a adopté le *Congrès international des sciences médicales*, dans sa quatrième session de Bruxelles, le 25 septembre dernier, en votant la décision suivante :

« Toutes les fois qu'un acte criminel ou délictueux aura été commis par un individu reconnu irresponsable pour cause d'aliénation mentale, le juge, après avoir constaté et déclaré sa non-culpabilité, devra ordonner son internement dans un asile déterminé, d'où il ne pourra sortir qu'en vertu d'un autre jugement, contradictoire comme le premier. »

Sans être une peine, cette séquestration en aurait toute l'efficacité. Pour en assurer la réalisation, il suffirait d'assimiler l'aliéné inconscient à l'enfant qui a agi sans discernement et de lui appliquer les mêmes dispositions légales. Assimilation des plus logiques puisque l'un et l'autre ont agi sans se rendre compte de ce qu'ils faisaient et se trouvent couverts également par l'article 64 du Code pénal.

Une simple addition à l'article 66 du Code pénal — acquittant l'enfant de moins de seize ans, lorsqu'il a agi

sans discernement et ordonnant qu'il sera remis à ses parents ou détenu dans une maison de correction, suivant les circonstances, — pourrait le rendre applicable à l'aliéné en ajoutant ce paragraphe : Lorsque par suite de l'état mental de l'accusé, il aura été décidé qu'il est irresponsable, il sera acquitté ; mais il devra être conduit dans une maison de santé ou un hospice, déterminé par le jugement, pour y être soigné et détenu jusqu'à son entier rétablissement.

Ce jugement entraînera nécessairement l'interdiction de l'accusé dont la mise en liberté ne pourra être ordonnée que par un autre jugement, rendu suivant les formes exigées par la loi pour la main-levée de l'interdiction.

Il n'y aurait plus qu'à mettre l'article 340 du Code d'instruction criminelle, applicable à l'enfant mineur, en rapport avec l'article précédent par une disposition additionnelle semblable s'appliquant à l'aliéné. Ce seraient des mesures législatives fort simples pour réaliser un grand progrès. C'est aux légistes ou au ministre de la justice à s'en occuper. (*Acad. de méd.*, octobre.)

Gli scritti dei pazzi (les écrits des aliénés), considérés dans leur essence et leur utilité pratique à la médecine légale, par le docteur A. Raggi, médecin-adjoint du manicome de Bologne; Bologne, 1874.

Examinant les plus petits détails de ces écrits, d'après une collection nombreuse, suivant leurs caractères graphiques, les erreurs grammaticales, de lieu, de date, de logique, l'auteur les rapproche et les range par catégories d'après leurs analogies et leurs différences selon l'instruction, l'âge, le sexe, la position, la maladie des aliénés, pour en tirer des signes diagnostiques et pronostiques différentiels. C'est ainsi l'un des ouvrages les plus précieux sur la matière.

La responsabilité criminelle et la capacité civile dans les états de troubles intellectuels ; par de Krafft-Ebing, traduit de l'allemand par le docteur Châtelain, Paris. Les deux divisions du titre sont traitées séparément et amplement avec la législation des différents pays à ce sujet.

AMPUTATIONS. *Réunion immédiate.* Un succès remarquable en ayant été obtenu par M. Letiévant, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, à la suite d'une amputation de l'avant-bras, chez un jeune homme scrofuleux qui avait une carie du poignet, l'habile chirurgien l'attribue à la réunion des six conditions suivantes qui forment l'ensemble de son pansement spécial :

Amputation très-rapide en laissant les surfaces avivées le moins de temps possible en contact avec l'air ;

Emploi du procédé de Lister avec nuage phéniqué ;

Substitution de la torsion des artères aux ligatures afin de ne laisser aucun corps étranger dans la plaie ;

Rapprochement exact des lambeaux maintenus par une compression assez forte pour prévenir tout exsudat sanguin ;

Affrontement des surfaces cruentées par des fils métalliques en grand nombre ;

Compression et occlusion au moyen d'ouate et de toile imperméable maintenues par des bandes, le tout phéniqué avec soin ; vapeurs d'acide phénique autour du lit du malade.

Avec ce pansement, la température ne dépassa pas 38°, sans l'ombre de fièvre, et il n'y avait pas trace ni d'inflammation ni de pus lors de son enlèvement le quatrième jour; au sixième, la réunion immédiate était complète et parfaite. Mais, comme l'a justement remarqué M. Horand, on obtient parfois des résultats semblables sans ce pansement, surtout chez les scrofuleux. Affaiblis par la souffrance et la suppuration, ils présentent rarement de la fièvre. Une amputation de l'avant-bras, surtout dans de telles conditions, est une véritable potion calmante. Ils sont au contraire débarrassés ainsi de la fièvre continue qui les minait. Si donc ces conditions de pansement ont pu favoriser ces heureux résultats, rien ne prouve qu'elles suffisent à elles seules pour les produire ; d'autres cas sont nécessaires pour le démontrer. (*Soc. des sc. médicales*, août et *Lyon méd.*, n° 43.)

Amputation ostéo-plastique du pied. Le succès qu'en a obtenu sur les deux pieds, son inventeur, M. Le Fort (voy. *année* 1874) a conduit M. Bœckel à y recourir, chez un homme de soixante-sept ans, qui, en raison

d'un raccourcissement de 5 centimètres de la jambe droite, suite de fracture du col du fémur, avait été frappé de mal perforant sur la base de sustentation, c'est-à-dire du premier et du troisième métatarsien successivement amputés. Une opération plus radicale étant nécessaire, celle-ci fut pratiquée le 11 février dernier, à l'hôpital de Strasbourg, en suivant exactement le procédé de son auteur. Une soudure très-solide s'ensuivit deux mois après et à l'aide de la bottine cylindrique, bien rembourrée, de 11 centimètres, pour pallier le raccourcissement, et munie de deux attelles montant au-dessous du genou, l'opéré marche très-facilement sans fatigue et sans claudication apparente. L'ostéoplastie, c'est-à-dire la soudure des os, n'est donc pas le privilége du jeune âge, puisqu'elle s'est réalisée, dans ce cas, sur un vieillard. (*Soc. de chir.*, juillet, n° 7.)

Une modification de ce nouveau procédé est proposée par M. Pasquier, aide-major, avec l'historique de cette opération, la critique de ses diverses phases et la statistique des cas où elle a été employée. Mais au lieu de simplifier, l'auteur tend à compliquer le nouveau procédé qu'il a conçu en même que M. Le Fort, comme sa thèse inaugurale soutenue à Paris, en 1871, le prouve. Une de ces complications inutiles, sinon dangereuses, est la suture métallique du tibia et du calcanéum pour les maintenir réunis, ce qui est augmenter inutilement le traumatisme, puisque M. Le Fort a réussi sans cela. (*Recueil de méd. et de chir. mil.*, mars.)

Amputation de cuisse. *Anesthésie locale*. — Voy. *ce mot*.

ANÉMIE. Plusieurs auteurs allemands tendent à ériger en une entité morbide distincte, spécifique, sous le nom d'*Anémie pernicieuse progressive*, une anémie profonde que l'on rencontre spécialement chez les femmes sans altérations uniformes. Gusserow l'a signalée chez les femmes enceintes et Ponfik l'a vue coïncider avec une dégénérescence graisseuse du cœur (voy. Cœur gras, 1873). Étudiée cliniquement sur quinze sujets, de dix-huit à cinquante-deux ans, par le professeur Biermer, elle se caractérisait, outre cette dégénérescence graisseuse des voies respiratoires,

par des hémorrhagies capillaires de la peau, de la rétine, du cerveau, des méninges et d'autres séreuses. Les symptômes généraux consistaient en une pâleur extrême avec faiblesse générale, étourdissements, battements de cœur, perte d'appétit, sensation de pression au creux de l'estomac, diarrhée et accès fébriles irréguliers. Bruits anémiques et anormaux du cœur très-prononcés. Épanchements séreux et parfois délire avant la mort qui est la terminaison ordinaire. Un catarrhe folliculaire de l'intestin a souvent été rencontré à l'autopsie. Zimmermann (de Bâle) en a observé deux cas, avec des hémorrhagies, chez un garçon de dix-huit ans et une femme de trente et un ans, qui ont succombé. Le premier, très-pâle, se plaignait depuis six semaines d'abattement et de dyspnée, de palpitations et d'étourdissements, sans aucun phénomène stéthoscopique appréciable ; urines claires, sans albumine. Malgré tous les toniques, il succomba.

Malgré un pannicule graisseux très-développé, la seconde avait une décoloration générale, avec abattement, sans aucune lésion appréciable des poumons ni du cœur. L'autopsie montra une anémie considérable du cerveau et des poumons, du foie et des intestins. Cœur mou, flasque, graisseux. Rate résistante. (*Deutsch. Archiv für klin. méd.*, 1874.)

Dans le cas observé par Zenker, à l'hôpital de Dresde, sur une femme de vingt-neuf ans, l'autopsie montra tous les organes extrêmement anémiés avec une hydrémie considérable du sang. Des hémorrhagies multiples avaient eu lieu précédemment et le cœur était très-gras. Il y avait en outre une étroitesse extrême des artères. (*Idem.*)

Il suffit d'exposer ces principaux traits symptomatiques pour ne voir là qu'une cachexie anémique relevant de causes débilitantes diverses longtemps prolongées et altérant les organes de l'hématopoièse. L'étroitesse des artères qui se rencontre aussi dans la chlorose peut être la cause de cette anémie. Par toutes ces raisons, il n'y a donc pas lieu de voir là une maladie nouvelle relevant d'une cause spécifique. (*Arch. de méd.*, février.)

ANESTHÉSIE. Les trente années de pratique de cette grande découverte dans le monde entier, surtout par la chlo-

roformisation, n'ont pas encore suffi à mettre d'accord sur son meilleur mode d'emploi pour en éviter les accidents. Elle doit être incomplète pour quelques-uns, complète et absolue pour les autres. L'anesthésie obstétricale incomplète, *à la Victoria*, comme l'appelle ironiquement M. le professeur Pajot, pratiquée par M. Campbell sur les femmes en couches et les plongeant dans une sorte d'engourdissement, d'insensibilité à la douleur (voy. *année* 1874), a été ainsi sévèrement jugée et condamnée par les maîtres en obstétrique comme ne méritant pas le nom d'anesthésie réelle. Pour M. Schiff, on ne doit aussi rechercher que l'insensibilité à la douleur dans l'anesthésie chirurgicale, alors même que la sensibilité au contact persiste encore. « Aller plus loin, dit-il, c'est pousser l'action du chloroforme jusqu'à la paralysie vasculaire, c'est diminuer beaucoup la pression du sang et exposer les individus à une syncope avec persistance provisoire de la respiration, syncope contre laquelle la respiration artificielle ou la galvanisation du cœur se montrent inutiles. » Si certains malades affirment n'avoir absolument rien senti dans l'anesthésie complète, c'est, d'après lui, parce que leur esprit, qui ne pense qu'à la douleur, est si étonné de son absence, qu'ils ne prêtent aucune attention à une sensation purement tactile. Cet argument se juge de lui-même.

Dans les opérations simples, courtes, légères, où les malades pusillanimes demandent à être endormis, beaucoup de chirurgiens sont dans l'habitude de ne pas attendre, pour opérer, que le malade soit plongé dans une anesthésie complète avec résolution des membres. N'admettant pas qu'il soit indispensable d'attendre ce degré de sidération musculaire, d'anesthésie absolue et complète, ils opèrent dès que le malade manifeste les premiers symptômes de l'anesthésie, dans la pensée qu'il y a ainsi moins à redouter les accidents de la chloroformisation. Ainsi s'est prononcé M. le professeur Trélat et à sa suite MM. Lannelongue, Després et d'autres chirurgiens.

Mais M. Perrin, chirurgien militaire, s'élève contre cette pratique, ainsi que M. Labbé. Suivant eux, les chloroformisations incomplètes sont les plus dangereuses, parce que l'activité imprimée au système excito-moteur des centres nerveux peut donner lieu à des phénomènes d'action réflexe

susceptibles d'amener des perturbations mortelles dans les fonctions du cœur.

Dans toute opération réclamant l'anesthésie, la chloroformisation doit être complète. Mieux vaut s'en abstenir que de ne pas la porter à ce degré. Ainsi se trouve formulée la nouvelle doctrine qui, comme on le voit, n'a pas réuni beaucoup d'adhérents ; car, au danger problématique invoqué, il y a celui de l'intoxication chloroformique beaucoup trop réel assurément. (*Soc. de chirurgie*, novembre 1874.)

Température. En plaçant le thermomètre dans l'aisselle de ses amputés, M. Simonin (de Nancy) a constaté qu'elle s'élève de 1 à 8 dixièmes pendant la période d'excitation, pour s'abaisser ensuite de 2 à 8 dixièmes dans la période chirurgicale et de 9 dixièmes pendant celle de collapsus. Au réveil, la température était tantôt égale à celle du début, tantôt supérieure de 2 à 5 dixièmes, et parfois inférieure de 1 à 6 dixièmes, sans que l'hémorrhagie en rende compte, car parfois elle était nulle. L'âge ni le sexe n'ont pas apporté de modifications sensibles. Ces résultats paraissent donc dus à l'influence du chloroforme. (*Académie de méd.*, avril.)

Atrésie de la pupille. Poursuivant leurs études sur ce sujet, MM. Budin et Coyne maintiennent non-seulement leurs assertions de l'année dernière contre M. le professeur Schiff, mais ils ont constaté que ce signe, en indiquant une anesthésie chloroformique complète, avec perte absolue de la sensibilité, peut aussi servir à distinguer cette perte de sensibilité résultant de l'asphyxie. Dans la première, il y a atrésie et immobilité de la pupille ; dans l'asphyxie, il y a une semi-dilatation qui devient bientôt excessive. La dilatation pupillaire, dans l'anesthésie chloroformique observée par Schiff, résulterait ainsi d'un mélange d'anesthésie et d'asphyxie par suite d'une mauvaise administration du chloroforme. En pareil cas, ce signe permet de prévenir le danger de l'asphyxie en cessant immédiatement l'opération.

Mais l'atrésie pupillaire n'est pas seulement produite par l'anesthésie chloroformique ; M. Schiff l'a constatée dans l'anesthésie chloralienne, et l'on sait qu'elle est un signe précieux de l'intoxication par l'opium. M. le docteur Vibert

en fait même un signe précieux à mesurer l'impressionnabilité des sujets à l'action de la morphine (voy. INJECTIONS MORPHINÉES). Elle semble donc être un effet des hypnotiques en général.

Chloral et chloroforme. Conformément à la doctrine de M. Cl. Bernard et à ses résultats expérimentaux, qui font du chloral un simple hypnotique (voy. *ce mot*), M. Forné, médecin de première classe de la marine, a substitué le chloral à l'opium et aux injections hypodermiques de morphine. Il l'administre par la bouche ou le rectum à la dose de 2 à 5 grammes, suivant l'âge des sujets, afin de les narcotiser avant de faire les inhalations chloroformiques pour obtenir l'anesthésie. Une heure d'intervalle lui a suffi à cet effet dans les deux seuls cas où il a employé ce procédé, dit à deux temps. Une première fois, sur une petite fille de quatre ans, 2 grammes de chloral ont suffi pour l'endormir, et l'inhalation de 6 grammes de chloroforme, une heure après amenèrent une insensibilité suffisante pour explorer les voies urinaires; mais le sommeil persista cinq heures après.

Chez un garçon vigoureux de vingt et un ans, ayant une collection purulente à la fesse, 5 grammes de chloral amenèrent le sommeil une heure après et 5 grammes de chloroforme suffirent à l'anesthésier sans lutte, alors qu'il avait montré la plus grande résistance à l'anesthésie ordinaire quelques jours auparavant. Le sommeil a persisté trois heures après.

De grands avantages sont attribués à ce nouveau procédé d'anesthésie. Il ne supprimerait rien moins, suivant l'auteur, que les dangers inhérents aux inhalations de vapeurs anesthésiques selon la méthode ordinaire, problème culminant des anesthésiques. En prévenant la crainte, l'émotion, la frayeur même, que beaucoup de malades éprouvent de la chloroformisation au moment de s'y soumettre, il annihile la résistance du sujet, et partant la période d'excitation qui nécessite des doses d'autant plus considérables de chloroforme pour être surmontée. De là la faible dose de chloroforme rendue nécessaire, 5 à 6 grammes pour une insensibilité complète. Les dangers d'intoxication inhérents aux inhalations prolongées sont ainsi évités ainsi que la sidéra-

tion nerveuse résultant de la frayeur des malades et qui suffit bien souvent à rendre compte de la mort survenant dès le début de la chloroformisation.

Pour M. Forné, les inhalations chloroformiques cessent donc d'être dangereuses lorsqu'elles sont administrées, pendant le sommeil chloralique, au moyen d'un cornet à air libre permettant le dosage de l'agent anesthésique. Car ce sommeil préparatoire annihile la résistance des sujets, prévient l'influence de la peur et surprend l'économie en la faisant passer du sommeil, que l'on peut considérer comme un premier degré d'anesthésie, à une insensibilité complète.

Mais, outre que les deux faits sur lesquels s'appuie ce raisonnement sont insuffisants pour le justifier, ce procédé a des dangers réels que l'auteur méconnaît. C'est d'abord l'absorption de hautes doses de chloral, le sommeil prolongé et le refroidissement qui en résultent. M. Dolbeau, ainsi que MM. Guyon et Demarquay, ont été frappés, dans plusieurs cas, du refroidissement obstiné et du sommeil persistant se manifestant chez des opérés ayant subi la chloroformisation et qui avaient pris du chloral auparavant à leur insu. D'après ces chirurgiens, il serait au contraire très-important de s'informer si le malade ne fait pas usage de chloral avant de le chloroformiser.

D'ailleurs, le danger du chloroforme n'est pas absolument dans la dose. La mort survient parfois dès les premières inspirations de l'anesthésique, et l'anesthésie prolongée dans les accouchements a rarement amené la mort. Rien ne prouve d'ailleurs que la dose ne dût être élevée s'il s'agissait d'une opération longue et laborieuse. La résistance et la frayeur des sujets ne sont pas davantage des empêchements à l'anesthésie, car les enfants, qui luttent le plus, sont les plus facilement anesthésiés en raison même des inspirations énormes auxquelles ils se livrent.

Contre les avantages encore problématiques de l'association du chloral et du chloroforme, il y a donc de réels et sérieux dangers qui ne permettent pas d'y recourir sans nécessité. L'action du chloral est souvent différente, suivant les sujets, surtout quant à la rapidité de son action. Sa tendance constante à ralentir les battements du cœur et à coaguler le sang peut d'autant mieux déterminer le refroidissement qu'en administrant le chloroforme ensuite, on

augmente encore ces propriétés. Seul, le chloroforme qui agit déjà comme un poison lent chez certains sujets, ne peut être que plus délétère dans ces cas par l'addition du chloral. (*Soc. de chir.*, novembre 1874.)

Injections intra-veineuses de chloral. Malgré la réprobation que l'emploi de ce moyen a rencontré dans les Sociétés savantes en raison de ses dangers, quelques chirurgiens n'ont pas moins continué à y recourir. Aux trois cas, cités l'année dernière, il s'en est ajouté de nouveaux. C'est d'abord celui de l'auteur même de la méthode, M. Oré, qui l'a employée à deux reprises sur un homme de trente-huit ans pour un évidement du tibia droit. 9 grammes de chloral furent injectés en douze minutes dans la veine médiane basilique et le sommeil dura vingt-quatre heures sans aucun accident.

Six semaines après, quelques points malades de la carie ayant reparu, le malade fut soumis de nouveau à ce mode anesthésique. Mais le malade accusa dès le début une *douleur très-aigue* qui força de suspendre l'injection. L'opération se fit néanmoins sans douleur, pendant un sommeil très-agité, interrompu, et une légère induration de la piqûre se manifesta.

Ces accidents furent attribués à l'acidité du chloral qui rougit la teinture de tournesol à l'examen. Mais il n'en était pas de même dans un second cas où l'opérée succomba sous le couteau de M. Lande. Il s'agissait d'une ovariotomie chez une malade de trente-cinq ans. L'injection veineuse d'une solution au 5e commença à midi vingt minutes; 5^{gr},10 de chloral étaient injectés à midi trente-trois minutes. Pouls à 100, respiration à 25, calme parfait, sommeil profond, insensibilité absolue de la cornée. L'opération, commencée à midi trente-six minutes, dura jusqu'à une heure dix minutes sans incident. Le kyste renfermait une substance colloïde, séparée par de nombreuses loges qu'il fallut rompre, ainsi que de nombreuses adhérences.

Malgré la perte d'*une notable quantité de sang,* le pouls et la respiration n'avaient pas changé lorsque la malade pâlit, la respiration se ralentit et le pouls s'affaiblit un peu. On tente en vain le réveil par les courants électriques, la vie continue à s'éteindre et la mort était réelle à une heure quarante-huit minutes. (*Acad. des sciences.*)

Cette terminaison fatale a été attribuée à la perte considérable de sang chez une malade anémiée et épuisée, et l'on se base à cet égard *sur ce que les veines injectées du bras gauche, examinées avec soin, ne présentaient pas de caillots.* Mais on n'évalue pas même la quantité de sang perdu et l'on a oublié d'examiner le cœur où des caillots auraient bien pu se rencontrer.

Malgré ce malheur, M. Oré n'a pas craint de revenir à ce mode d'anesthésie, le 23 juillet dernier, pour une section des nerfs nasal interne et externe chez une femme de cinquante et un ans, atteinte d'une névralgie épileptiforme de la face contre laquelle plusieurs névrotomies avaient déjà été pratiquées. Une solution de 10 grammes de chloral dans 60 grammes d'eau, neutralisée avec 20 gouttes d'une solution au dixième de carbonate de soude, fut injectée dans la veine médiane basilique droite jusqu'à concurrence de 4 grammes de chloral. En sept minutes, l'insensibilité fut absolue. La névrotomie fut pratiquée par M. Lande. De 116, le pouls tomba à 67, et la respiration de 28 tomba à 17. Le sommeil a duré toute la journée, mais sans accidents ultérieurs. (*Gaz. méd. de Bordeaux*, août.)

MM. Deneffe et Van Wetter ont aussi continué l'emploi de cette méthode. Au fait déjà cité, ils en ont communiqué 13 autres à l'Académie de médecine de Belgique. Dans trois ablations de cancer du sein et une opération de fistule périrectale, l'anesthésie fut obtenue dans le premier cas avec 4 grammes de chloral en cinq minutes; dans le second $5^{gr},75$ en cinq minutes; dans le troisième $6^{gr},25$ en huit minutes; dans le quatrième 6 grammes en huit minutes. Chez ces quatre malades, on eut une anesthésie complète; il n'y eut aucun trouble de la respiration ni de la circulation; ni phlébite ni hématurie; le sommeil a duré plusieurs heures après l'opération, mais le réveil a été facile.

Suivant leur dernière communication, l'épreuve de la nouvelle méthode est faite pour ces auteurs, car ils n'ont pas eu le moindre accident, si ce n'est, dans le dernier cas, une très-légère et très-fugace hématurie. Ils ont toujours obtenu une anesthésie absolue, suffisamment durable, sans trouble de la respiration ni de la circulation. La quantité de chloral injectée a varié de 4 à 7 grammes, et le temps pris par les injections successives a été de cinq à dix minutes.

L'insensibilité persiste de seize à quarante minutes et le sommeil consécutif de dix à vingt heures, selon la quantité de chloral injectée et la résistance des opérés. Cette méthode anesthésique a donc pour eux l'avantage d'être sûre et rapide, en permettant de doser mathématiquement la quantité de chloral et de prolonger à volonté la durée de l'anesthésie sans produire ni excitation ni vomissements.

Mais un dernier exemple devait bientôt diminuer ces assurances prématurées à Gand comme à Bordeaux. Après avoir employé la méthode pour des tumeurs du sein et des testicules, les opérateurs belges, pleins de confiance dans l'innocuité de l'injection chloralique intra-veineuse, y ont eu recours pour des opérations relativement courtes, rapides et pouvant s'exécuter par l'éthérisation et la chloroformisation. C'est ainsi que M. Deneffe l'a employée, chez un homme de quarante-cinq ans, pour une cataracte lenticulaire double qu'il s'agissait d'extraire. C'était le 30 décembre 1874. 6 grammes de chloral sont injectés en six minutes, sommeil, ronflement, insensibilité même des cornées, pouls à 33. L'œil droit est opéré par le docteur Van Weesemael suivant le procédé de de Graefe, mais il n'a pas plus tôt attaqué l'œil gauche que la respiration et la circulation s'arrêtent. L'électrisation fait reparaître le pouls, mais le courant électrique faiblissant, la syncope reparaît et le malade succombe, malgré l'insufflation de bouche à bouche, des flagellations énergiques, l'inhalation de l'ammoniaque, l'extraction de la langue et même l'application du cautère actuel. (*Acad. de méd. de Belgique*, 24 avril.)

Mais de ce que l'autopsie n'a révélé aucun désordre imputable à l'injection intra-veineuse, c'est-à-dire des caillots dans le cœur, car ils n'ont pas examiné le reste du système circulatoire, nos auteurs attribuent ce malheur à l'arrêt subit de la machine électrique et non au chloral, qu'ils ne continueront pas moins, disent-ils, d'employer.

Ainsi voilà deux cas mortels, sur dix-huit exemples d'emploi de cette méthode anesthésique, sans que les auteurs s'en trouvent éclairés. Au contraire, ils semblent encore la préférer aux autres méthodes d'anesthésie qui n'ont jamais produit une aussi grande proportion d'insuccès. C'est là un aveuglement qui ne se comprend pas.

De l'anesthésie produite par injection intra-veineuse de chloral, selon la méthode de M. le professeur Oré, par MM. les docteurs Deneffe et Van Wetter. Un volume in-8°.

M. Warlomont juge bien plus sainement cette méthode en disant qu'elle ne saurait être qu'une ressource pour les cas réfractaires aux inhalations et ceux où il y a lieu de prévenir l'agitation et les vomissements, ou bien de provoquer un long repos après l'opération, comme celle de la cataracte par exemple. Autrement, c'est toujours une grave opération ajoutée à une autre, et cela suffit pour en faire redouter les conséquences.

Le danger en a encore été démontré par les dernières injections intra-veineuses de chloral faites à l'hôpital Saint-André de Bordeaux. Deux opérés de M. Lannelongue ont eu des caillots dans les veines. Le coagulum avait 2 centimètres de long dans un cas et 3 à 4 dans l'autre. Heureusement, ils n'en sont pas morts; mais une opérée de M. Dudon a eu une phlébite suppurée avec pyohémie consécutive et mort. (*Bord. médical*, n° 37.)

Ces faits s'étant passés au siége même de la découverte et ayant pour auteurs deux chirurgiens exercés, familiarisés avec cette opération, on ne peut guère les accuser de l'avoir mal exécutée comme on l'a fait de ceux Paris. Il faut donc bien reconnaître qu'elle a de graves dangers. On ne ponctionne pas impunément les veines et ces faits obligent à ne la pratiquer qu'avec une grande réserve et des indications formelles.

Plus radical, le Congrès de Bruxelles, dans la discussion sur l'anesthésie chirurgicale, a condamné hautement cette méthode malgré la défense de son auteur et de ses deux adhérents belges. Messieurs, s'est écrié M. Maurice Perrin, je suis homme de progrès et je respecte les expériences, mais l'injection de chloral dans les veines n'est pas un progrès. Quarante cas à peine d'épreuve et plusieurs morts, un agent infidèle, un agent qui coagule le sang, qui produit des hématuries, qui endort pour vingt-quatre heures et plus... Après cette allocution véhémente, le Congrès a prononcé la condamnation de l'injection intra-veineuse du chloral comme anesthésique.

Sur dix chiens injectés par les veines à l'Ecole vétérinaire

de Toulouse avec une solution contenant de 5 à 10 grammes d'hydrate de chloral, M. le docteur Ribell dit n'avoir jamais observé le moindre accident. *Tous* ces animaux sont tombés dans un sommeil profond avec résolution complète des membres et insensibilité absolue; tous, après un temps plus ou moins long, se sont réveillés et ont continué à vivre. (*Soc. de chir.*, janvier.)

C'est là un nouvel appoint en faveur de la méthode Oré; mais il faut reconnaître que certains opérateurs ont un privilége spécial d'éviter les accidents où tous les autres en rencontrent. C'est ainsi que dans un tétanos, suite de couches, M. Ribell a pu injecter 14 grammes de chloral sous la peau, à différentes reprises, sans en signaler le moindre accident, tandis que tous ceux qui ont pratiqué ces injections, excepté M. Colin (d'Alfort) dans ses expériences sur les animaux, s'accordent à reconnaître avec M. Giraldès, que c'est un agent irritant, enflammant la peau, et donnant lieu à des abcès au lieu des piqûres.

Bromoforme. Des cobayes, des rats, des chiens même, ont été facilement anesthésiés par M. Rabuteau avec cet agent. Il propose de l'employer chez l'homme. Mais ces premières expériences ne justifient pas cette application. (*Soc. de biol.*, janvier.)

Leçons sur les anesthésiques et sur l'asphyxie, par Cl. Bernard. Un vol. in-8° de 536 pages.

C'est la reproduction des cours faits au Collége de France par l'illustre professeur en 1869 et 1870 sur ces deux sujets bien connus, et qui ne se trouvent réunis ici que pour mieux faire ressortir leurs différences symptomatiques, pathogéniques et leur résultat final. La cellule nerveuse est seule atteinte momentanément dans l'anesthésie, tandis que c'est le globule rouge dans l'asphyxie. On retrouve dans ce volume toutes les expériences et les faits cliniques qui ont servi de base à la démonstration de ces lois, aussi bien qu'à l'action particulière du chloroforme et de la morphine, du chloral et du chloroforme déjà exposés dans les précédentes années. — Voy. CHLORAL.

Des anesthésies spontanées, thèse d'agrégation par H. Rendu.

Paris. Description analytique du symptôme morbide, selon qu'il dépend du cerveau, de la moelle ou des nerfs, avec l'indication de la cause toutes les fois que c'est possible.

Anesthésie obstétricale. Si, avec tous les accoucheurs, M. le professeur Pajot en admet l'emploi dans les opérations douloureuses, les accouchements anormaux et certaines complications pathologiques comme l'éclampsie, il blâme énergiquement l'emploi de la demi-anesthésie préconisée par M. Campbell, dans les accouchements naturels (voy. *année* 1874). La prétendue demi-anesthésie, dit-il, le chloroforme à la reine, comme l'appellent ironiquement les grands praticiens anglais, est une pratique aussi inutile qu'inoffensive ; elle n'a rien de sérieux ni de scientifique. Elle pourra prendre place à côté des moyens propres à agir sur l'imagination des femmes et faire gagner du temps quand, dans un accouchement naturel, il n'est pas besoin d'autre chose.

La proposition de l'emploi du chloroforme dans les accouchements naturels aura longtemps encore des chances d'être acclamée par les femmes et leur entourage, qui confondent, grâce à l'équivoque et à l'ignorance, l'anesthésie à la reine avec l'anesthésie véritable. L'irrésistible mirage du « sans douleur » ne disparaîtra même pas devant la réalité. On fera entendre aux femmes qu'elles eussent souffert bien davantage sans la demi-anesthésie. (*Annales de gynécol.*, janvier.)

Etude sur l'anesthésie obstétricale dans les cas de version et d'application du forceps. Thèse inaugurale par M. A. Duchateau. Paris, 1874.

Anesthésie locale. *Irrigations d'éther avec incision cutanée.* L'incertitude d'obtenir l'anesthésie locale avec les irrigations ordinaires, le long temps et la grande quantité d'éther nécessaires à cet effet, suivant les individus et les tissus, ont fait imaginer à un chirurgien de Barcelone, M. de Létamendi, une modification qui semble diminuer, sinon vaincre, ces graves inconvénients. Il s'agit de provoquer préalablement un certain degré d'hypérémie cutanée de la partie à anes-

thésier au moyen de frictions ou d'une petite brosse, l'endroit étant rasé. Une irrigation continue d'éther bien rectifié et neutre avec un appareil en bon état et fonctionnant régulièrement, placé de 7 à 8 centimètres du tégument, étant faite, pendant deux minutes seulement, il pratique au centre même de la zone rouge une incision à l'échappée de 8 à 10 millimètres de longueur et n'intéressant que l'épiderme jusqu'à toucher le réseau superficiel du derme, ou un peu plus profondément si l'on veut assurer le succès. Instantanément, cette zone rouge hypérémiée pâlit de l'incision à la périphérie dans une certaine étendue et, en prolongeant l'irrigation sans interruption pendant quelques secondes, la zone anémique devient ischémique et une véritable anesthésie en résulte bientôt. Les tissus, divisés aussitôt, paraissent comme du lard sans la moindre trace de sensibilité. Une sorte de pénombre entourant la zone anesthésiée, il est facile d'y obtenir l'insensibilité par le même procédé si les besoins de l'opération l'exigent. On peut ainsi entourer le bras ou prolonger l'incision en haut ou en bas. Il suffit de prolonger l'irrigation de proche en proche.

Plusieurs névromes cutanés ont ainsi été extirpés sans douleur, ainsi qu'un ostéo-enchondrome de l'omoplate gauche et un kyste athéromateux. Reste à savoir si l'anesthésie arriverait aux tissus profonds, se demande l'auteur (page 11). L'emploi de l'irrigation suivant le bistouri dans les plaies profondes, fait par Richardson, répond à cette question.

Un pas vers la résolution du problème de l'anesthésie locale. Mémoire contenant vingt-deux expériences sur l'homme et l'indication de plusieurs opérations exécutées par ce procédé, présenté au congrès de Bruxelles par M. J. de Létamendi, professeur d'anatomie à l'université de Barcelone; brochure de 22 pages in-8°. Barcelone.

Sulfure de carbone. L'action anesthésique de cet agent n'avait été mise à contribution jusqu'ici que dans les petites et courtes opérations comme l'arrachement de l'ongle incarné, les incisions de panaris, anthrax, abcès, etc. (voy. *année* 1866). Il appartenait aux deux hardis chirurgiens belges, MM. Denelle et Van Wetter, d'aller plus

loin. Ayant décidé l'amputation dans un cas de gangrène complète de la jambe gauche, consécutive à une embolie de l'artère poplitée, suite d'endocardite, chez une femme de trente-cinq ans, qui voulait être anesthésiée, ils eurent recours à l'application locale du sulfure de carbone ; l'affection organique du cœur s'opposant à l'injection intraveineuse de chloral et aux inhalations de chloroforme. Voici le procédé suivi le 31 décembre 1874.

La limite de la mortification s'arrêtant régulièrement à environ deux travers de doigt au-dessous du genou, c'est sur cette limite qu'une première circulaire de la bande élastique fut appliquée en remontant vers la cuisse et en l'enveloppant. La corde de caoutchouc étreignit le membre aussi près que possible de l'aine. L'ischémie produite, la bande élastique fut enlevée jusqu'à trois travers de doigt au-dessus du genou où l'amputation devait avoir lieu par la méthode circulaire. Le sulfure de carbone étant versé dans une tasse, un morceau d'éponge saisi avec une pince et trempé dans le liquide servit à le répandre rapidement sur le siége de l'opération, tandis que l'autre chirurgien, armé d'un soufflet de ménage, en favorisait l'évaporation en soufflant dessus. Bientôt les tissus blanchirent, se plissèrent, et leur température s'abaissa comme dans la congélation. La première impression causée par ce froid intense fut pénible pour la patiente qui s'en plaignit, mais l'insensibilité survint rapidement, car, en sept minutes, 100 grammes de sulfure avaient été employés et l'anesthésie locale était complète.

La section circulaire de la peau n'éveilla pas la moindre plainte de l'opérée, sa figure était calme, elle n'avait rien senti ; même insensibilité à la section des muscles, mais la patiente poussa un gémissement douloureux à la section du nerf sciatique, elle ne s'aperçut pas au contraire de l'action de la scie sur le fémur. Pas une goutte de sang ne s'était échappée. Les ligatures furent appliquées et le moignon resta exposé à l'air pendant une demi-heure sans que sa température revînt à l'état normal. Le pansement fut fait ensuite.

Dès le lendemain, un frisson suivi de réaction et délire survint, puis la fièvre dans la nuit : une sorte de suffocation a lieu et, à six heures du matin, trente-neuf

heures après l'amputation, l'opérée succomba en proie aux troubles cardiaques les plus accentués.

L'artère et la veine poplitée sont oblitérées par des caillots. Celui de l'artère mesure 5 centimètres et demi de long et adhère à la paroi, dépolie et rugueuse. Celui de la veine est moins consistant, interrompu, non adhérent, mais s'étend jusque dans les veines collatérales.

Deux enseignements résultent de ce fait : c'est l'anesthésie locale possible avec le sulfure de carbone pour l'amputation des membres et la contre-indication de ces amputations quand l'embolie est causée par une affection organique du cœur, comme M. Bouillaud l'avait jugé dès 1845, bien avant que Virchow eût vulgarisé la connaissance des embolies.

Conicine. Les phénomènes de paralysie musculaire qu'on lui attribue seraient des troubles de la sensibilité, selon M. Gubler. Socrate a éprouvé ainsi de l'engourdissement et une femme présenta de l'anesthésie à Hunter, après avoir pris, pendant quelque temps, deux onces d'extrait de ciguë par jour. Lui-même, M. Gubler, a observé le fait suivant.

Une dame appliquait, avec les doigts de la main droite, une pommade à la conicine sur une tumeur de nature cancéreuse que portait son mari à la région du foie. Au bout d'un certain temps, ces doigts perdirent leur sensibilité ; cette dame changea alors de main et se servit de la main gauche munie d'un gant, et, cette fois encore, les doigts perdirent leur sensibilité. Tous ces phénomènes disparurent rapidement en cessant l'emploi de la pommade. (*Soc. de thérap.*, janvier.)

ANÉVRYSMES. Ceux de la crosse de l'aorte peuvent déterminer une hémorrhagie foudroyante mortelle en s'ouvrant dans la bronche gauche, et faire ainsi soupçonner une affection tuberculeuse. — Voy. HÉMOPTYSIE

A l'autopsie d'un garçon de dix-sept ans, mort à l'Hôtel-Dieu de tuberculose pulmonaire sans avoir jamais eu d'hémoptysie, M. Liouville constata un anévrysme de l'artère pulmonaire ouvert dans une caverne tuberculeuse. La bronche y aboutissant étant oblitérée, le sang n'avait pu être

rejeté au dehors. C'est ce qui donne un intérêt spécial à cette observation. (*Soc. anatomique,* mai, et *Progrès méd.*, n° 38.)

Anévrysmes des cavernes pulmonaires. Le fait d'une hémoptysie foudroyante, incoercible, mortelle chez les phthisiques, est si effrayant, que plusieurs médecins en ont recherché la cause. Les médecins anglais, M. Cotton le premier, ont saisi ce rapport avec une dilatation d'une branche de l'artère pulmonaire passant dans la caverne et sa rupture consécutive (voy. HÉMOPTYSIE ANÉVRYSMALE, 1866, 1868, 1869, 1874). Pour M. Rasmussen, cette dilatation artérielle était due à la diminution de pression extérieure. occasionnée par la destruction du tissu pulmonaire, et à l'augmentation de la tension artérielle causée par l'obstruction d'une partie des ramifications de l'artère pulmonaire.

Mais les anatomo-pathologistes sont venus modifier cette interprétation, comme ils réforment tout de par le microscope. MM. Cornil et Debove ayant examiné au microscope les tuniques de ces artères ainsi dilatées, ont constaté les altérations suivantes :

Cellules plates de la tunique interne remplacées par plusieurs couches d'éléments embryonnaires ;

Fibres élastiques de la couche moyenne presque entièrement disparues;

Tunique externe tantôt épaissie et transformée en tissu fibreux, tantôt amincie ;

D'où il résulte que ce ne sont pas là de simples dilatations, comme l'avait pensé le médecin danois, mais de véritables anévrysmes, dont ces altérations des parois de l'artère sont la principale cause.

C'est fondé sur ces observations microscopiques et sur le fait d'anévrysme de l'artère pulmonaire observé par M. Raynaud à l'hôpital Lariboisière (voy. *année* 1874) que M. E. Chardin en a fait l'objet de sa thèse inaugurale (*Des anévrysmes de l'artère pulmonaire développés dans les cavernes du poumon.* Paris, 1874). Mais il n'en reste pas moins probable que l'artère anévrysmale baignant dans la fonte tuberculeuse après avoir subi par continuité toutes les phases nécrobiotiques de ce produit, ne s'altère sous l'influence

même de ce processus et ne se dilate ensuite dans le vide qui se fait à sa circonférence. Au point de vue clinique, l'interprétation de M. Rasmussen paraît donc vraie.

Anévrysmes des membres. *Compression élastique.* Une application nouvelle en a été faite par le docteur Walter Reid, à l'hôpital naval de Plymouth, le 11 septembre dernier. Il ne s'agit plus seulement de son emploi pour faciliter la ligature de l'artère, comme M. Valerani paraît l'avoir employé le premier (voy. *année* 1874); non, ce n'est pas seulement comme hémostatique, mais comme moyen compressif et coagulant, c'est-à-dire curatif. C'est donc à un point de vue tout nouveau.

Un marin de trente-sept ans portait, depuis trois semaines un anévrysme sacciforme du creux poplité gauche d'un volume considérable avec de forts battements. La diète et la génuflexion n'ayant pu être tolérées, la compression mécanique et digitale fut essayée à plusieurs reprises sans diminuer les battements ni le volume de la tumeur.

Ayant eu à appliquer le bandage d'Esmarch pour une nécrose du fémur et l'ayant laissé en place, pendant une heure dix minutes, sans qu'il en résultât aucun accident consécutif, M. Reid fut tenté d'employer le même moyen contre l'anévrysme poplité dans la pensée que la stagnation du sang dans le sac pourrait en faciliter la coagulation.

A dix heures vingt minutes, il appliqua donc la bande élastique depuis les orteils jusqu'au tiers inférieur de la cuisse en la serrant légèrement sur l'anévrysme; le tube élastique fut ensuite placé sur le dernier tour de bande, laquelle fut ensuite enlevée. La circulation au-dessous du tube était entièrement suspendue, le membre avait une pâleur morbide et perdit ensuite sa température. L'anévrysme n'avait rien perdu de son volume, mais aucun battement ne s'y faisait sentir.

Après cinquante minutes, le patient ne pouvant plus supporter la douleur du membre comprimé, le compresseur de Carte fut appliqué sur le principal tronc artériel au bord du bassin et le tube élastique enlevé. Aucun battement ne reparut dans la tumeur, même en enlevant instantanément le compresseur; plusieurs petites artères battaient avec force autour du genou et la circulation collatérale était ré-

tablie. Le compresseur fut néanmoins laissé en place et très-bien supporté par le patient, jusqu'au lendemain matin, en l'enlevant momentanément par intervalles.

L'absence de battements persista dans la tumeur, son volume même était un peu diminué cinq jours après. La guérison paraît donc complète.

Aucune complication ne s'est manifestée, si ce n'est un fourmillement des trois derniers orteils et quelques douleurs lancinantes dans la partie externe de la jambe. Les battements de la fémorale sont normaux jusqu'au siége où le tube compresseur a été appliqué, mais sont imperceptibles au delà.

La simplicité et l'apparente sécurité de ce mode de traitement curatif des anévrysmes, autant que sa rapidité d'action, commandent évidemment l'attention et de nouveaux essais. De là la nécessité des détails précédents. La coagulation du sang dans le sac semble bien le résultat de sa stagnation. L'abaissement de la température du membre et cet état particulier des tissus, voisin de la mort, peuvent aussi contribuer à la formation du coagulum. Mais le compresseur n'a été appliqué ensuite sur l'artère principale que pour empêcher la force du courant sanguin de diviser le nouveau caillot, d'en balayer les débris en les entraînant dans le torrent circulatoire et pour lui donner le temps de se consolider.

C'est donc là un nouveau moyen à étudier et à perfectionner si ses bons effets se confirment. (*Lancet*, 25 septembre.)

Anévrysmes variqueux. *Organisation du sac.* Un nouvel exemple de la témérité, de l'audace des anatomistes allemands pour remettre en question, de par le microscope, ce qui a été le mieux établi avant eux et du crédit que l'on doit faire de leurs prétendues découvertes, est donné par le docteur Czerny (de Fribourg). Ham et Roser avaient prétendu en 1873, d'après trois observations, que l'enveloppe cellulaire des anévrysmes diffus, décrite par tous les classiques, n'était que de la fibrine, sans trace d'organisation ni de tissu cellulaire. Un anévrysme traumatique de la cuisse, au niveau de l'anneau des abducteurs, chez un garçon de vingt ans, ayant nécessité la ligature de la fémorale,

Czerny extirpa entièrement, à l'aide de l'appareil d'Esmarch, la poche anévrysmale lorsqu'elle fut consolidée.

Le sac avait environ quatre mois de date ; rougeâtre et très-épais, il n'était relié aux tissus voisins que par un tissu cellulaire très-lâche. Des couches stratifiées de fibrine le remplissaient avec un espace plein de sang liquide au centre et communiquant avec les vaisseaux lésés.

Après la préparation, le sac fut trouvé formé d'un tissu cellulaire très-dense, disposé en couches sensiblement parallèles, et très-riche en éléments cellulaires, en pigment, en vaisseaux. Tout ressemblait davantage aux éléments ordinaires du sang à mesure qu'on se rapprochait de l'intérieur.

Les injections de la paroi ont montré l'existence d'un lacis vasculaire très-étendu, irrégulier, communiquant souvent avec des vaisseaux lymphatiques et sanguins.

Donc, la poche anévrysmale est bien formée de tissu cellulaire. Son épaisseur augmente progressivement parce que sa surface interne pénètre peu à peu, sous forme de tissu de granulation, dans les couches externes du contenu du sac, ce qui permet la résorption de la fibrine et des globules rouges. (*Archiv. für pathol. Anat. und Phys.*, t. LXII.)

Ligature de l'artère et de la veine ; absence du thrill. Un enfant de dix ans fut reçu à l'infirmerie d'Edimbourg avec une tumeur, grosse comme une tête d'enfant, dans le creux poplité. Un coup de ciseau, reçu trois mois auparavant, en était l'origine. De forme irrégulière, cette tumeur avait des pulsations peu énergiques et une expansion caractéristique mais sans thrill. On crut ainsi à un anévrysme artériel. L'absence du pouls dans les artères tibiales et une forte saillie de la tumeur avec peau amincie et décolorée firent procéder à l'opération suivante par M. Thomas Annandale.

Après avoir appliqué le tourniquet au-dessus de la tumeur, il ouvrit le sac, juste pour y introduire l'index, afin d'en explorer l'intérieur et réprimer l'hémorrhagie si elle se manifestait par le décollement des caillots ; ce qui eut lieu. Cette pratique est imitée de Syme. L'anneau élastique d'Esmarch fut dès lors appliqué sur la cuisse, l'ouverture du sac agrandie et le sac vidé. C'est alors qu'on vit l'ouverture de la veine et de l'artère se faisant dans le sac.

La ligature de l'un et de l'autre vaisseau fut pratiquée séparément au-dessus du sac et au-dessous. Une guérison complète s'ensuivit en deux mois; l'opéré marchait librement sans bâton. (*Lancet*, 24 avril, n° 17.)

Ce succès montre que la double ligature de l'artère et de la veine d'un membre peut être employée sans danger pour la circulation ultérieure. En pareil cas, il n'y aurait donc pas à en redouter les effets.

Anévrysme de la carotide externe. *Guérison par la compression digitale.* Aux quatre succès de ce genre relatés par le professeur Holmes, un cinquième a été obtenu à Lisbonne sur un homme de trente ans. Une compression digitale intermittente sur la carotide primitive avait d'abord été pratiquée, pendant trente-cinq jours, au Brésil sans succès. L'anévrysme ayant été reconnu également par sept sommités médicales de Lisbonne, la compression digitale directe fut reprise le 21 novembre et continuée d'une manière intermittente malgré les lipothymies et les vomissements. Le 1er janvier, la guérison était complète. (*Gaz. hebd.*, n° 6.)

Anévrysme de l'artère méningée moyenne. Une femme de soixante et un ans, ayant reçu un coup violent à la tempe droite, perçoit, six mois plus tard, une sorte de bourdonnement dans l'oreille du même côté, puis une petite tumeur indolente à la pression se remarque à la région frappée. Elle s'accroît lentement, pendant six mois, sans troubles cérébraux, ni vertiges, ni céphalalgie, ni phénomènes de paralysie, le bruissement de l'oreille seul augmente.

Cette malade entre dans la clinique de Bardeleben, qui constate une tumeur circonscrite, fluctuante, pulsatile, avec souffle, située immédiatement en arrière du pavillon de l'oreille. Elle se réduit, dans l'intérieur du crâne, à travers une perforation sinueuse et tranchante de la portion écailleuse du temporal et de la portion avoisinante du pariétal, sans aucun symptôme cérébral. La compression de la carotide primitive correspondante en détermine l'affaissement, arrête les battements ; les oscillations isochrones aux mouvements respiratoires persistent seules. La compression de

la carotide gauche produit un effet tout opposé, de même que celle des artères temporales et articulaires postérieures dilatées.

La compression digitale de la carotide primitive droite par la malade, pendant neuf mois, et des injections d'ergotine n'ayant pas amené d'amélioration, la ligature du vaisseau fut exécutée suivant les principes de Lister, c'est-à-dire une corde à boyau phéniquée. Il n'y eut aucun phénomène cérébral et l'opérée quitta bientôt l'hôpital sans battements ni souffle dans sa tumeur. (*Deutsch Zeitschr. f. Chirurg.*, octobre 1874.)

Tumeur pulsative de l'orbite. A l'occasion d'un fait de ce genre, concernant un homme de vingt-quatre ans, admis à *London hospital*, au mois de juillet 1873, avec une fracture du crâne, M. Walter Rivington a fait une véritable monographie de cette espèce d'anévrysme. Recueillant tous les faits épars dans les annales de la science, il en a trouvé 62, malgré leur rareté, dont 29 idiopathiques et 33 traumatiques. 33 siégeaient à gauche et 22 à droite ; mais la prépondérance des premiers n'était que parmi les cas de traumatisme.

C'est d'après cette statistique qu'il trace l'étiologie, la cause et les symptômes, le diagnostic différentiel et le traitement de cette lésion grave. Après avoir eu recours vainement à la compression digitale et instrumentale, la tumeur augmentant, deux injections de perchlorure de fer furent pratiquées dans la veine dilatée. L'insuccès de ces différents moyens obligea à recourir, un an après le début des symptômes, à la ligature de la carotide gauche, d'où résulta la guérison. Un léger bruit seul persista, mais une ulcération superficielle de la cornée suivit la ligature et une opacité en résulta (*Roy. med. and chir. Society*, 23 mars, et *Lancet*, n° 14.)

ANGINE DIPHTHÉRITIQUE. Sur cinq cas entrés à l'hôpital des Enfants malades de Paris, pendant le deuxième trimestre de 1875, dans le service de M. Archambault, deux seulement ont guéri, malgré l'emploi du cubèbe et du copahu aux doses indiquées, continué d'une manière bien suivie. Aussi dit-il que sa confiance en ces deux médica-

ments est fortement ébranlée, car il n'a pas vu se produire de modifications importantes sous leur influence. Les toniques, comme le quinquina, les alcooliques, le café et l'alimentation, lui paraissent préférables aux balsamiques. (*Union méd.*, n° 89.)

Le même observateur a constaté la présence d'une albuminurie notable, parfois très-abondante, dans cinq cas de croup, à la suite de la trachéotomie. Elle a disparu avec l'enlèvement de la canule. Sans être d'un pronostic absolument fâcheux, sa disparition est d'un bon augure. (*Idem*, n° 129.)

ANKYLOSE COXO-FÉMORALE VICIEUSE. *Fracture artificielle du col du fémur.* Bien que n'étant pas nouvelle et exécutée déjà par Nélaton, cette opération présente de l'intérêt par sa gravité. Elle a été de nouveau pratiquée le 13 janvier par M. Tillaux, à l'hôpital Lariboisière, sur une femme de vingt-huit ans qui, prise d'une arthrite coxo-fémorale gauche après un accouchement, sans pouvoir supporter l'appareil inamovible, resta couchée, une année entière, la cuisse gauche fléchie avec abduction et rotation en dedans. Une ankylose en résulta dans cette position qui rendait absolument la marche impossible. Les deux cuisses croisées ne pouvaient s'écarter l'une de l'autre d'un millimètre. Ce qui n'empêcha pas une nouvelle grossesse et un accouchement des plus faciles.

Après une chloroformisation très-profonde, M. Tillaux, placé à droite, tenta d'abord de repousser le membre de droite à gauche, sans pouvoir y parvenir. Se plaçant alors à gauche et saisissant à deux mains l'extrémité inférieure de la cuisse au-dessus du genou, il employa presque toute sa force à écarter le membre malade du membre sain, en l'attirant à lui pendant que le bassin était bien fixé, avec l'intention arrêtée de fracturer ainsi le col du fémur. Un bruit sec, sonore, éclatant ne se fit pas attendre et il fut très-facile de constater aussitôt tous les signes classiques de la fracture du col du fémur.

Le membre ayant repris sa rectitude normale, fut placé dans un appareil inamovible. L'appareil a été enlevé le 13 mars et l'on a pu constater une consolidation complète. La malade, de retour du Vésinet, où elle est restée quelque

temps en convalescence, a été présentée à la Société avec une légère claudication résultant d'un très-léger raccourcissement du membre.

M. Tillaux pense que cette opération, en apparence un peu brutale, mais qui produit d'aussi excellents résultats, est infiniment préférable aux sections sous-périostées que certains chirurgiens, Billroth entre autres, ont mis à la mode et pratiquent journellement pour combattre les effets de certaines malformations. (*Soc. de chir.*, avril.)

ANTAGONISME. L'importance et la difficulté de cette question l'ayant fait mettre à l'ordre du jour de l'*Association médicale anglaise*, une commission fut chargée de faire les expériences nécessaires pour élucider ce sujet. Après quatre années d'études et 619 expériences sur des lapins et des rats, rarement le chien, au moyen d'injections sous-cutanées, M. H. Bennett a fait connaître les résultats suivants :

Chloral et strychnine. Après avoir établi exactement la dose nécessaire des deux poisons pour tuer un lapin d'un poids donné, les deux substances ont été injectées simultanément, et, dans 5 cas sur 20, la dose toxique de strychnine ayant été triplée et quadruplée, la mort eut lieu, bien que retardée par le chloral. A la dose de 56 cent-milligrammes de strychnine, nécessaire pour tuer le lapin, 1^{gr},05 de chloral a toujours suffi pour neutraliser le poison, pourvu qu'il fût injecté rapidement ; la mort survenait en tardant seulement dix minutes. A ces conditions, le chloral est donc bien antagoniste de la strychnine sans qu'il soit nécessaire de l'injecter dans les veines, comme l'a fait M. Oré (voy. *année* 1872). On peut ainsi administrer le chloral à l'intérieur dans les cas d'empoisonnement de strychnine si l'on intervient assez tôt, car, en injections hypodermiques chez l'homme, il produit de redoutables accidents locaux. Mais comme l'absorption gastrique est beaucoup plus lente et serait probablement trop tardive pour neutraliser le poison, on pourrait recourir, pour plus de sûreté, à l'injection sous-cutanée, de préférence à l'injection dans les veines, beaucoup plus dangereuse. Dans tous les cas, si l'on ne parvient pas à sauver la vie, on atténuera toujours les souffrances.

Deux dangers sont d'ailleurs à prévoir. C'est que la dose toxique de strychnine ne tue avant que le chloral n'ait agi ou que la dose de chloral, nécessaire pour paralyser celle de la strychnine, ne soit assez élevée pour déterminer elle-même la mort.

La confirmation de ce fait expérimental a été obtenue par M. O. Will sur un apprenti droguiste de dix-huit ans, qui avala, après son dîner, de 20 à 30 centigrammes de strychnine. Peu de minutes après, des crampes ont lieu dans les extrémités, puis convulsions toniques et cloniques, séparées par des intervalles de calme. Un vomitif ne donna que peu de résultats. Des accès tétaniques avec opisthotonos, rigidité des membres, lividité des lèvres, injection des yeux, dilatation des pupilles se répètent de manière à faire craindre la mort immédiate. On donne immédiatement $1^{gr},50$ de chloral par la bouche, en attendant la seringue de Pravaz pour faire des injections hypodermiques. Les bons effets se manifestent aussitôt par des intervalles plus longs entre les accès. Pareille dose est injectée sous la peau. Un apaisement considérable s'ensuit. Les convulsions cessent pendant vingt minutes, puis se répètent de nouveau. On redonne $1^{gr},50$ de chloral et autant une heure après. Un vomissement s'ensuit. Une injection hypodermique de 75 centigrammes est aussitôt pratiquée. Dès lors, le malade s'assoupit et les accès deviennent rares ; la nuit se passe avec de légères secousses et le lendemain la guérison était complète. Il n'y avait plus qu'une sensation de rachialgie et de brisement général avec douleur des piqûres. (*Edinburgh med. Journ.*, avril.)

Le docteur Charteris en rapporte un autre exemple. Un boucher de trente-neuf ans, très-fort, s'empoisonne avec la poudre de Gibson pour la vermine, contenant environ 4 grains, soit 26 centigrammes de strychnine. Il est pris immédiatement de spasmes et porté à l'infirmerie royale de Glasgow. Un vomitif au sulfate de zinc avait déjà amené quelques vomissements. L'emploi de la pompe stomacale reste sans résultat et l'on donne immédiatement le sirop de chloral à haute dose. Vingt-quatre heures après, les spasmes avaient cessé.

La poudre, expérimentée sur des lapins, amena rapidement la mort, tandis que, suivie de l'emploi du chloral, elle

ne les tua pas. C'est donc une double confirmation de l'antagonisme du chloral. (*Lancet*, avril, n° 15.)

Il n'en est pas de même de la strychnine sur le chloral comme on l'avait avancé. Sur 15 expériences, 7 sont restées sans résultat ; les animaux sont morts dans le coma, bien qu'il fût possible de produire des contractions et des mouvements spasmodiques réflexes. La strychnine, en agissant exclusivement sur la moelle, est donc impuissante à combattre l'action hypnotique du chloral sur le cerveau, tandis que l'action de celui-ci sur la moelle peut combattre efficacement les convulsions tétaniques provoquées par la strychnine. Il n'y a donc pas beaucoup à compter sur cet antagonisme, bien que réel, mais assez limité dans ses applications sur l'homme.

Dans le cas d'empoisonnement volontaire par la strychnine, outre le danger de ne pas intervenir assez vite, la dose est d'ordinaire trop élevée pour que celle de chloral nécessaire pour la neutraliser ne soit pas dangereuse elle-même, à moins de l'injecter directement dans les veines, suivant la méthode de M. Oré, ce qui serait un danger non moins grand. Ce n'est donc que dans les cas où l'administration médicamenteuse, interne ou externe des strychnées, détermine des accidents, que le praticien pourra recourir avec certitude à l'action antidotique du chloral comme il recourt à l'atropine dans les cas d'intoxication par l'opium.

Mais ce n'est pas là le véritable antagonisme, c'est-à-dire la destruction, l'annihilation des propriétés physiologiques et toxiques d'une substance par une autre au sein de l'organisme. Tout ce que le chloral fait, c'est d'empêcher ou de diminuer le strychnisme apparent, c'est-à-dire les convulsions. Il agit ainsi en diminuant tout simplement le pouvoir réflexe des nerfs, de même que le curare en abolissant les fonctions de leurs extrémités motrices. Mais ce n'est là qu'un des facteurs de l'empoisonnement, celui qui apparaît le premier, le plus évident et le plus impressionnable si l'on veut, mais non le seul. Il peut en effet disparaître sans que la guérison s'ensuive, pas plus que la cessation des convulsions du tétanos n'en est la guérison. Dans l'immense majorité des cas de chiens ainsi mis à l'abri des convulsions strychniques par le chloral ou le curare, dans les expériences de M. Chouppe, ces animaux, en proie à une faiblesse

extrême, ont succombé trois ou quatre jours après. La Commission anglaise ne dit pas ce qu'il est advenu de ses lapins.

A son action convulsivante primitive qui cause la mort par asphyxie, la strychnine joint une action secondaire, profondément déprimante du système nerveux, qui annule la puissance réflexe de la moelle et tue par affaiblissement progressif. Le chloral non plus que le curare ne peuvent rien sur cet effet secondaire, sinon l'augmenter par leurs propriétés déprimantes. Ils ne sont donc pas l'antidote de la strychnine au sens exact du mot, ils ne font qu'en masquer l'un des effets les plus saillants. C'est pourquoi la strychnine n'a pas d'action réciproque sur le chloral et n'est d'aucune utilité dans cet empoisonnement.

Atropine et fève de Calabar. Tout en confirmant la réalité de l'antagonisme de ces deux substances, comme M. Frazer et d'autres avant lui l'avaient cliniquement démontré (voy. *année* 1871), la Commission le croit sans application thérapeutique, parce qu'il faut employer des doses toxiques de sulfate d'atropine pour combattre l'effet toxique de la fève de Calabar, heureusement peu employée en Europe. D'ailleurs on ne saurait juger des expériences avec l'atropine sur le chien et le lapin de ses effets sur l'homme. On sait qu'elle jouit d'une activité extrêmement énergique sur l'organisme humain, surtout par la méthode hypodermique, tandis que les chiens et surtout les lapins ont une très-grande tolérance pour cette substance. Les expériences de la Commission anglaise sont ainsi frappées de faiblesse sinon de nullité quant à l'antagonisme de ce poison.

Heidenhain avait cru voir un antagonisme absolu et réciproque dans l'action de ces deux substances sur la corde du tympan et la sécrétion de la glande sous-maxillaire; mais en constatant l'action paralysante très-nette de l'atropine sur les fibres nerveuses sécrétantes, il a été impossible à Rossbach de rétablir cette sécrétion avec des doses très-élevées d'ésérine. L'action passagère de l'atropine a pu seule donner lieu à cette erreur. Cette expérience achève ainsi de prouver qu'il n'y a pas plus d'antagonisme, au sens absolu du mot, entre ces deux substances sur la sécrétion de la sueur que sur la pupille et le cœur.

Chloral et fève de Calabar. L'antagonisme est si restreint entre ces deux substances que, si la dose minima de celle-ci est dépassée, la première est impuissante à en neutraliser les effets. Elle n'agit que sur les effets convulsifs, et encore doit-elle être administrée immédiatement pour agir d'une manière certaine, mais sans que la salivation, la contraction pupillaire, en soient jamais empêchées.

Il résulte pourtant des expériences du docteur Coyne qu'en administrant le chloral avant la fève, c'est-à-dire la différence de temps que ces deux substances mettent à agir, quinze à vingt minutes pour le chloral et dix à douze pour la fève, les effets de celle-ci en sont modifiés, sinon neutralisés, la dose en est faible. Les symptômes convulsifs sont atténués, et la vie prolongée et même sauvée.

Les résultats sont donc contradictoires sur ce point entre la Commission britannique et l'expérimentateur français.

Morphine et fève de Calabar. Aucun effet n'a été observé de l'action des sels de morphine sur celle de la fève. L'hydrochlorate de morphine étant peu soluble, on y a substitué le méconate sans que l'effet en ait été plus sensible.

Morphine et atropine. Quoique démontré par de nombreux faits cliniques, bien autrement décisifs au point de vue thérapeutique que les expériences sur les animaux, l'antagonisme de ces deux substances, expérimentées séparément sur des chiens et des lapins, n'a pas été très-évident. Sur vingt-deux lapins, quinze sont morts après l'injection de 10 centigrammes de morphine, malgré l'injection ultérieure du sulfate d'atropine; la mort a seulement eu lieu plus tard que sans l'antidote. Des effets encore moins prononcés sont résultés de la morphine contre l'atropine; son action n'en a pas été atténuée sensiblement, et il semble que leur emploi simultané augmente le danger. L'action spéciale de l'atropine sur le pneumo-gastrique n'est pas combattue par la morphine. Ces résultats expérimentaux s'accordent donc avec ceux des précédents expérimentateurs qui ont nié l'antagonisme de ces deux substances aussi bien chez les chiens que sur les lapins; mais ils sont aussi passibles des mêmes objections. — Voy. *année* 1865.

La commission adopte pourtant, quant à leur action, l'opinion la plus généralement admise : c'est que l'atropine, en contractant les vaisseaux, détruit la paralysie vasculaire déterminée par la morphine. La turgescence et la congestion des oreilles du lapin, produites sous l'influence de la morphine, disparaissent ainsi huit à dix minutes après l'injection de l'atropine. C'est là ce qui résulte de plus clair de ces expériences.

Il n'y a pourtant guère de conclusion pratique à en tirer, comme le remarque justement M. Chouppe, à cause de la différence des effets physiologiques et toxiques de ces deux poisons sur l'homme et les animaux mis en expérience. Chez l'homme, les effets physiologiques et toxiques de l'atropine sont si voisins, surtout employée hypodermiquement, qu'il n'y a pas de limite fixe ; tandis qu'il y a un grand écart chez le chien et le lapin en particulier. 1 centigramme suffit à produire les effets physiologiques comme la dilatation pupillaire, la sécheresse des muqueuses, l'arrêt du pneumogastrique sur le cœur, tandis que 50 à 60 centigrammes sont nécessaires pour amener la mort. C'est le contraire pour la morphine. A faible dose, les résultats sont nuls chez ces animaux, tandis qu'elles amènent rapidement le sommeil chez l'homme sans danger de l'empoisonner. Les effets toxiques se manifestent pourtant à doses beaucoup plus faibles chez l'homme que chez ces animaux. L'antagonisme physiologique peut donc exister sans qu'il y ait antagonisme toxique.

L'antagonisme thérapeutique n'en est pas moins réel entre ces deux substances. L'action stimulante de l'atropine sur le cœur exerce indubitablement une influence antagoniste sur l'action paralysante de la morphine. C'est pourquoi celle-ci n'est pas antagoniste de l'atropine.

Pourquoi donc l'antagonisme ne s'est-il pas toujours produit ainsi chez les animaux de la commission anglaise? C'est que la morphine, donnée à haute dose comme il est nécessaire chez les animaux, ne provoque plus la mort par paralysie du cœur, mais par convulsion comme l'atropine. Dès lors celle-ci n'en est plus l'antidote, et c'est à ce signe des convulsions qu'il ne faudrait pas l'administrer, sinon à très-faible dose, à dose physiologique, car elle n'agit qu'à ce titre comme antagoniste.

Pratiquement, l'empoisonnement par l'opium ou la morphine, par arrêt du cœur et de la respiration, peut être avantageusement combattu par la belladone ou l'atropine à très-petite dose. Mais quand la morphine agit sur le système nerveux, l'atropine reste sans effet contre elle.

La morphine ne semble jamais être l'antidote de l'atropine, et cependant des faits authentiques semblent démontrer que son action toxique est neutralisée en présence de l'atropine. Comment admettre autrement que 70 centigrammes de chlorhydrate de morphine, injectés hypodermiquement par le docteur Couzier pour combattre l'ingestion de 5 centigrammes de sulfate d'atropine sur une jeune fille de vingt-six ans, n'aient pas été promptement mortels, et que la guérison s'en soit suivie (*Société de thérap.*, février)? Il y a donc là évidemment une inconnue à dégager.

Voici d'ailleurs ce fait curieux. Une fille de vingt-six ans, épileptique, prit en une seule fois une potion contenant 5 centigrammes d'atropine. Elle fut prise immédiatement de délire et tomba promptement dans un état comateux des plus graves. On administre alors en plusieurs fois et dans l'espace de quelques heures, en injections sous-cutanées, 70 centigrammes de chlorhydrate de morphine. Le lendemain, tout danger avait disparu et la guérison était complète.

Selon M. Dujardin-Beaumetz, il faut s'élever contre les conclusions de ce fait, pour admettre un antagonisme entre la morphine et l'atropine. Combattu par M. Gubler, cet antagonisme a reçu le dernier coup par la commission anglaise. Ce qu'il y a de plus remarquable dans l'observation précédente, c'est que la malade n'ait pas succombé à son double empoisonnement. Quant à la dose de 70 centigrammes de chlorhydrate de morphine, elle a déjà été administrée par Roller et Voisin dans le traitement de la folie.

L'antidotisme de la morphine et de l'atropine n'existe pas à doses élevées, ajoute M. Gubler. L'atropine, même à dose relativement élevée, n'est pas toujours mortelle, comme le prouve le fait consigné dans ses *Commentaires de thérapeutique*, où l'un de ses clients prit une cuillerée à bouche d'une potion contenant 10 centigrammes d'atropine pour 30 grammes d'eau. Il tomba dans le coma le plus

profond ; mais le lendemain, sans qu'aucun soin lui eût été donné, il était guéri.

Au contraire, M. Blondeau rappelle le fait si malheureux qu'il a observé où une injection sous-cutanée de 9 milligrammes de sulfate neutre d'atropine amena la mort chez une malade. Mais l'extrême différence entre l'administration par la peau et celle de l'estomac de certains alcaloïdes, en particulier de l'atropine et de l'aconitine en raison de leur instabilité, rend toute comparaison impossible.

Pour M. Constantin Paul, la quantité énorme de morphine administrée aurait dû entraîner la mort, si le malade n'avait pas été sous l'influence de l'atropine. Dans les cas de Roller, c'est graduellement que l'on atteignait la dose de 70 centigrammes. Quant à l'antagonisme, il ne faut pas l'étudier en donnant des doses toxiques et c'est là le reproche qu'il adresse aux expériences de la commission anglaise. Ce qu'il faut combattre, dit M. Moutard-Martin, c'est la méthode employée par l'auteur ; on ne peut impunément administrer 70 centigrammes de morphine.

L'antagonisme entre les alcaloïdes de la *coca*, du *thé*, du *café*, du *guarana* et la *morphine* a également été constaté sur de petits animaux. Si l'on savait parfaitement que le café combat avantageusement le coma, produit par l'opium, M. Sewell a démontré qu'une forte infusion de thé vert en lavement agit aussi favorablement, comme il en rapporte une observation concluante. L'empoisonnement par l'opium ou la morphine peut être combattu par ces divers agents. En les employant à doses répétées, ils agissent comme toniques excitants, soutenant les forces en même temps qu'elles réveillent la puissance nerveuse engourdie, plutôt que comme antidotes. Ce sont des médicaments.

C'est le contraire entre la *fève de Calabar* et la *strychnine*. Si l'une modifie les symptômes produits par l'autre, la mort n'en a pas moins lieu et un peu plus rapidement qu'avec un seul de ces agents. Il n'y faut donc pas recourir chez l'homme.

Le *bromal hydraté*, en déterminant une sécrétion excessive des glandes salivaires et des surfaces muqueuses du poumon, amenant ainsi la mort par asphyxie, est heureusement neutralisé par l'atropine qui arrête rapidement

cette sécrétion. Elle peut ainsi empêcher la mort mais l'inverse n'a pas lieu. (*Gaz. hebdom.*, nos 144, 147 et suivants, 1874 et nos 5, 8 et 9, 1875.)

L'importance de ces nouvelles expérimentations n'est pas seulement dans leur nombre, leur exactitude et leur désintéressement, mais en ce qu'au lieu d'être faites par un ou deux hommes, elles sont l'œuvre collective du comité, ce qui leur donne plus de garanties qu'à beaucoup d'autres. Un grand fait, déjà bien connu pour certaines substances, en résulte, c'est que l'effet n'en est pas uniforme sur les différentes espèces animales, en dehors même de leur volume. Il faut ainsi une dose quadruple de strychnine pour tuer un rat que pour tuer un lapin. Celui-ci survit à l'injection de 30 centigrammes de morphine, tandis que 17 centigrammes ont suffi à tuer un chien pesant quatre fois plus. D'autre part, l'absorption des différents poisons est plus ou moins rapide, et il y a lieu d'en tenir compte pour en obtenir l'effet antidotique. L'antagonisme ne peut donc être établi que comparativement sur les animaux, sans qu'il y ait lieu d'en tirer des données précises applicables à l'homme.

L'antagonisme de telle ou telle substance est donc loin d'être assez bien établi pour que la thérapeutique puisse s'en servir avec sécurité et assurance sur l'homme. La plupart des poisons ont des propriétés multiples, des effets complexes, suivant les doses et les individus. Si l'action spéciale de quelques-uns, sur un organe particulier, permet d'en combattre à coup sûr les effets saillants, le plus souvent l'action toxique continue sur un autre appareil qui réclame l'emploi consécutif de moyens tout différents. Il y a ordinairement ainsi plusieurs indications et divers moyens à employer. Donc, l'antagonisme réel n'existe pas et c'est pourquoi, en présence de résultats contradictoires, il y a encore si peu d'accord à ce sujet entre les médecins.

Jaborandi et atropine. L'action sécrétante du jaborandi sur les glandes en général et les glandes salivaires et sudoripares en particulier, faisait présumer qu'il avait son antagoniste dans la belladone ou son alcaloïde qui diminue et arrête même ces sécrétions. En administrant simultanément ces deux agents à des chiens, M. Carville a observé

que l'effet hypersécrétoire du jaborandi était en effet très-diminué.

Si une infusion de 2 grammes de jaborandi, dans 20 ou 30 grammes d'eau, est injectée dans la veine fémorale d'un chien, la salive coule abondamment par la canule mise dans le canal de Wharton. Mais si l'on injecte, dans la même veine de cet animal, une solution de 1 à 2 centigrammes de sulfate d'atropine dans 10 à 15 grammes d'eau, la salivation s'arrête complétement en quelques minutes.

M. Vulpian a confirmé cet antagonisme sur l'homme pour la sudation. Un malade de son service avait pris deux pilules de sulfate d'atropine d'un demi-milligramme chacune, à un quart d'heure d'intervalle, vingt minutes avant l'injection d'une infusion aqueuse de 4 grammes de jaborandi. La salivation et la sueur ont été faibles et n'ont pas duré plus d'une heure, tandis qu'elles se prolongent ordinairement pendant cinq heures.

L'antagonisme se manifeste également sur les sécrétions biliaire et pancréatique. Une injection de sulfate d'atropine arrête immédiatement l'écoulement de ces sécrétions que l'on ne voit plus s'écouler par les canules préalablement placées dans les conduits cholédoque et pancréatique.

L'antagonisme est également évident sur la pupille que le jaborandi fait contracter, comme plusieurs auteurs l'ont constaté. M. Galippe a vu qu'en administrant ensuite l'atropine, la contraction de la pupille disparaît. (*Soc. de biol.*)

MM. Sydney Ringer et Gould, en Angleterre, ont rendu cet antagonisme encore plus évident par l'injection hypodermique d'un demi-milligramme de sulfate d'atropine à trois malades ayant absorbé une infusion de 3 grammes de jaborandi. Au bout de cinq minutes, la transpiration et la salivation, très-abondantes, diminuèrent et étaient arrêtées dix à douze minutes après (*Progrès méd.*, n°s 18 et 19). Une goutte de sulfate d'atropine sur le cœur de la grenouille ne battant plus par l'effet du jaborandi, lui fait reprendre aussitôt son rhythme. — Voy. JABORANDI.

Toute intéressante qu'elle soit, cette découverte ne peut avoir que peu d'applications en thérapeutique, car il est toujours facile de doser exactement le jaborandi et l'atropine est si difficile à manier que l'on ne doit y recourir qu'avec une extrême circonspection.

Chloroforme et nitrite d'amyle. Il résulte des expériences de M. Schüller sur les lapins que les inhalations de nitrite d'amyle arrêtent instantanément les effets narcotiques de celles de chloroforme. Tandis qu'il a observé, après trois à cinq fortes inspirations du premier, une dilatation marquée des artères et des veines de la pie-mère, c'était le contraire avec le second. Après six à douze inspirations, un resserrement manifeste des artères surtout avait lieu; puis un relâchement croissant y succédait rapidement et enfin une stase considérable du sang durant laquelle les artères prenaient une teinte obscure, sombre. Le pouls, après s'être un peu accéléré, se ralentissait à mesure que l'inhalation continuait.

Or, si dans cet état de narcotisme quelques inhalations de nitrite d'amyle étaient faites, les animaux ressuscitaient pour ainsi dire, la suffocation s'arrêtait, la respiration redevenait normale, le pouls reprenait sa force et son ampleur, et ils se rétablissaient ainsi instantanément sans que la division du pneumogastrique influe sur cette manifestation. (*Berlin. klin. Woch.*, juin 1874.)

Des expériences instituées par MM. Bader et Goodhart à *Guy's hospital*, il résulte que trois gouttes à peine de nitrite d'amyle, versées sur un morceau de sucre, suffisent à déterminer immédiatement une notable dilatation des veines rétiniennes surtout et de la papille du nerf optique, de manière à ne laisser aucun doute sur l'existence d'une hypérémie cérébrale simultanée.

Après avoir expérimenté sur lui-même les effets de l'inhalation du nitrite d'amyle, le docteur Bader l'a employé dans plusieurs cas de respiration ralentie avec diminution des battements du cœur et tendance aux lypothymies sous l'influence anesthésique du chloroforme. En un instant, la circulation se ranima ainsi que la respiration et tout revint à l'état normal.

La découverte de cet antagonisme serait une grande conquête, si elle se confirme sur l'homme. Le danger de la chloroformisation serait ainsi atténué sinon conjuré.

D'après ces expériences, le seigle ergoté et l'ergotine auraient d'ailleurs le même effet sur la contraction des vaisseaux relâchés par le nitrite d'amyle; mais pas aussi rapide et énergique qu'avec le chloroforme.

ANUS. Anus imperforé. *Résection du coccyx.* Un fait important est signalé par M. Delens comme une conséquence de cette résection imaginée par M. Verneuil, pour faciliter la recherche de l'ampoule rectale. Trois mois après l'opération, il existait un prolapsus anal assez fort et paraissant irréductible. C'est le premier cas de ce genre où cet accident consécutif ait été constaté. — Voy. *années* 1873-1874.

L'incision ou plutôt la division médiane du coccyx, pratiquée avec des ciseaux par M. Polaillon, lui a paru suffisante pour donner assez d'espace aux recherches de l'ampoule rectale. Elle serait donc préférable à la résection s'il était démontré qu'elle pût suffire dans tous les cas. Mais elle serait insuffisante, suivant M. Giraldès, quand l'ampoule rectale est située très-haut, au niveau de la symphyse sacro-iliaque par exemple.

Une difficulté inhérente à cette opération, et non signalée par les auteurs, est le défaut de saillie de cette ampoule rectale, comme M. Polaillon l'a rencontré chez un nouveau-né. Après de longues recherches, il lui fallut introduire un stylet dans l'urèthre et en faire saillir la pointe vers le périnée. L'issue immédiate de gaz montra qu'on était tombé juste, et trente à quarante boulettes arrondies de méconium solide, ressemblant aux crottes de lapins, furent expulsées séparément, recouvertes de mucus épais et jaunâtre. L'opéré succomba le lendemain à une imperforation de l'œsophage, ce qui n'explique pas le durcissement du méconium. Bien qu'excessivement rare, ce fait mérite d'être pris en considération.

La communication entre le rectum et l'urèthre, constatée chez cet enfant, ne put être ainsi jugée dans ses conséquences. L'oblitération s'en fit spontanément chez un malade de Samuel Thorn. On peut donc espérer au moins cette oblitération après la perforation de l'anus. Chez un enfant opéré par M. Després, et qui rendait du méconium par l'urèthre, il n'en sortait plus quinze jours après l'opération. La mort, survenue quatre mois après, permit de ne constater aucune trace de communication. (*Soc. de chir.*, juillet n° 7.)

Anus contre nature invaginé. Un cas remarquable, observé par le docteur Cazin sur une femme de soixante-deux ans, qui en était atteinte depuis plus de vingt ans, montre qu'il

est compatible avec la vie. La ponction d'une tumeur du flanc droit, prise pour un abcès des ligaments larges, en était l'origine. La saillie de l'intestin se fit graduellement de dedans en dehors surtout par le bout supérieur qui s'étrangla à plusieurs reprises, sans que rien fût tenté pour la guérison. Lors de son examen, la tumeur était cylindrique, en forme de boudin, longue de 25 centimètres, large de 6 et perforée à son extrémité libre qui pendait sur la cuisse, et livrait passage aux matières intestinales. Le bout inférieur faisait une légère saillie à la base de cette tumeur.

Cette double invagination de l'intestin, perceptible au toucher, se raccourcissait en augmentant de diamètre lors de la sortie intermittente et inconsciente des matières fécales toujours molles, presque liquides. Les fibres musculaires se contractaient du haut en bas. L'absence de valvules conniventes et de plaques de Peyer sur l'intestin invaginé paraît démontrer qu'il dépendait de l'iléon. Le défaut d'odeur et d'acidité des matières, coïncidant avec l'amaigrissement de la malade, montrait qu'il ne s'agissait pas d'un prolapsus du gros intestin. (*Idem*, 12 mai.)

APOMORPHINE. Comme pour la morphine, son extrême activité la rend toujours dangereuse. L'administration de 3 à 4 milligrammes en injections sous-cutanées, chez une femme placée à l'hôpital cantonal de Genève pour une angine avec embarras gastrique, par le docteur Prévost, détermina, après les vomissements, des symptômes de collapsus inquiétants avec tendance aux syncopes pendant quinze à vingt minutes. Le pouls était insensible, les pupilles dilatées, ce qui donna les plus vives inquiétudes. Un sommeil profond d'une demi-heure mit fin à ces accidents. (*Bull. méd. de la Suisse romande*, novembre 1874, et *Gaz. hebd.*, n° 2.)

Les accidents de collapsus, déjà observés chez les enfants, doivent donc faire employer avec d'autant plus de réserve ce nouveau médicament. M. Carville avait déjà signalé la nécessité d'être prudent en l'administrant aux femmes, aux enfants et aux sujets débilités, et des accidents de collapsus inquiétants avaient été rapportés antérieurement par plusieurs auteurs, surtout chez les enfants. La nausée avait été si violente et pénible, la pâleur de la face si accentuée

et la syncope si imminente dans un cas observé par M. Routy entre autres, que l'on avait conçu des craintes. L'observation de M. Prévost montre que ces accidents sont très-réels et des plus graves.

Il est vrai que, chez certains sujets, la nausée et le vomissement produisent, quelle qu'en soit la cause, un état de collapsus et de syncope. La répétition de cet accident et son intensité avec l'apomorphine tendent à montrer que ce n'est pas là un simple effet d'idiosyncrasie, mais une conséquence de ce nouveau vomitif. Peut-être sa variété de composition y est-elle aussi pour quelque chose ; toujours est-il qu'il y a lieu de l'employer avec la plus grande prudence ; surtout par la méthode hypodermique. Ce n'est plus une solution d'un centigramme, comme on l'avait dit, qui est dose normale à cet effet ; 1 à 2 milligrammes peuvent suffire.

Effet ou non de cette dose, des phénomènes effrayants en ont été observés par M. Perriquet sur un cantonnier atteint d'une angine suppurée. Dix minutes après qu'une injection hypodermique d'un centigramme de chlorhydrate d'apomorphine lui était faite au niveau du deltoïde, le malade se plaint d'avoir envie de dormir plutôt que de vomir. Puis il se renverse brusquement en arrière, contracte ses bras et pousse quelques sons rauques. Sa mâchoire est tellement serrée par des contractions brusques que l'abaisse-langue, introduit entre les dents, est tordu. Les avant-bras se fléchissent complétement sur les bras, il est impossible de les étendre de force. Le pouls est très-petit, le refroidissement de la peau est manifeste, on entend à peine les bruits du cœur. Cet homme, en opisthotonos complet, ne repose plus sur le lit que par la nuque et les talons. Cet état dure quatre à cinq minutes, puis le patient retombe brusquement sur son lit en disant : « Vous m'avez bien fait souffrir ! » En quelques secondes, toute roideur disparaît, et le malade s'endort profondément ; il dort fort tranquille pendant deux heures, au bout desquelles M. Perriquet réussit à lui ouvrir un abcès amygdalien.

Trois jours après, les amygdales, très-volumineuses et dures, lui sont enlevées, et, après l'opération, cet homme a une tendance à la syncope.

Or, cette substance examinée fut reconnue d'excellente

qualité. Les paquets étaient exactement dosés et n'avaient produit que de prompts vomissements chez huit malades qui en avaient fait usage. (*Journ. de méd. et chir. pratiques.*)

C'est donc là un pur effet d'idiosyncrasie comme il est assez fréquent d'en constater en médecine. L'effet vomitif ne se produisant pas, un effet morbide en résulte. Le docteur Moeller rapporte ainsi deux cas où des secousses convulsives dans les jambes, un avant-bras et dans l'épaule, ont été observées.

La dose est si peu la cause de ces effets, que chez un homme de soixante-trois ans, atteint d'un catarrhe chronique de l'estomac, l'injection de 5 milligrammes fut suivie, dix minutes après, de pâleur avec agitation, trouble de la vue, petitesse du pouls, sueurs profuses, tendance au sommeil. Il vomit un peu au bout de vingt minutes, puis la somnolence persista ; on administra du café. Une heure et demie après, tout était terminé. (*Acad. de méd. de Belgique*, 1874.)

On sait d'ailleurs que certaines personnes vomissent très-difficilement ; il n'est pas rare d'observer des lypothymies et des convulsions chez elles avec l'émétique ou l'ipéca. Comme vomitif indirect, l'apomorphine peut bien être susceptible de produire des accidents analogues. Loëb rapporte qu'un jeune homme, après l'injection d'une solution un peu ancienne, tomba dans un état d'asphyxie et de coma très-inquiétant. En voulant tirer la langue hors la bouche, il provoqua un vomissement abondant, et aussitôt tous les accidents disparurent. Ne voit-on pas dans l'indigestion simple, l'estomac chargé donner lieu à des phénomènes analogues pour se débarrasser ? Il suffit que la dose d'apomorphine soit trop faible ou de mauvaise qualité pour qu'ils se manifestent également sans qu'il y ait lieu de l'exclure de la thérapeutique.

ARSENIC. *Action paralysante vasculaire.* Plutôt entrevue, soupçonnée que démontrée, comme cela résulte de la discussion académique (voy. *année* 1871), cette action a été mise expérimentalement hors de doute par la diminution de la pression sanguine. MM. Boehm et Unterberger, en injectant quelques centigrammes d'acide arsénieux dans les veines de chiens et de chats, ont vu la pression sanguine

diminuer rapidement de 50 à 60 millimètres et en certains cas de moitié de ce qu'elle était avant l'expérience. Les battements cardiaques étaient aussi ralentis. Et ce qui prouve que ces phénomènes ne dépendent pas d'une altération fonctionnelle des nerfs cardiaques, c'est que l'irritation du bout périphérique de la moelle sectionnée, qui suffit dans l'état ordinaire à augmenter immédiatement la pression sanguine, ne la relève pas du tout, sinon de quelques millimètres seulement, sur l'animal empoisonné par l'acide arsénieux; celui-ci n'agit donc pas sur le centre vasomoteur, mais sur les vaisseaux eux-mêmes qu'il prive de leur tonicité.

Pour le démontrer, les ramifications vasculaires du péritoine furent observées chez des lapins non empoisonnés auxquels on irritait le bout périphérique de la moelle cervicale sectionnée. Pendant tout le temps que durait l'irritation, on voyait la séreuse pâlir par suite de la contraction de ces vaisseaux; les animaux étaient alors empoisonnés par l'acide arsénieux, et l'on avait ensuite beau porter sur le bout périphérique de la moelle les excitations les plus intenses, les vaisseaux du péritoine restaient toujours distendus et remplis de sang.

Cette action paralysante ne s'exerce que sur les vaisseaux de l'abdomen, car si après la section du nerf sympathique cervical à des lapins on les empoisonne avec de l'acide arsénieux, la galvanisation du bout céphalique n'en fait pas moins aussitôt contracter et pâlir les vaisseaux de l'oreille du côté correspondant, contrairement à l'expérience précédente, et absolument comme si l'animal n'était pas empoisonné.

Mais le cœur n'y reste pas étranger. Tandis qu'une injection de sang dans les veines d'un animal dont la section de la moelle a abaissé la pression sanguine, suffit à la relever immédiatement, comme M. Schiff l'a démontré, il n'en est plus de même si on l'empoisonne avec l'acide arsénieux. La pression retombe aussitôt et ne se relève pas plus avec une transfusion qu'avec la galvanisation répétée du bout périphérique de la moelle. En laissant même celle-ci intacte, l'injection de 36 milligrammes d'acide arsénieux fait descendre la pression sanguine de 161 à 63 millimètres et elle ne se relève que de 7 millimètres sous l'influence de la

transfusion. Ces dernières expériences, répétées par Boehm, démontrent donc que l'abaissement énorme de la pression sanguine et le ralentissement du pouls dépendent bien de l'action de l'acide arsénieux s'exerçant sur les vaisseaux abdominaux et le muscle cardiaque. (*Lyon méd.*, novembre, 1874.)

Ce ne serait donc ni comme sédatif ni comme hyposthénisant que l'arsenic agirait sur le cœur, comme on le disait inexactement, mais comme paralysant, si l'on pouvait conclure des animaux à l'homme. Mais il reste à observer cliniquement pour savoir si les effets obtenus dans l'état pathologique sont en rapport avec ceux que le poison détermine expérimentalement à l'état physiologique. Bien interprétée, l'expérimentation ne doit et ne peut servir qu'à guider en médecine ; c'est à la clinique à juger en souveraine. De là l'erreur des Allemands qui, comme les chimistes, concluent souvent d'après l'expérimentation seule, sans le contrôle de la clinique.

Action sur la muqueuse digestive. Pour montrer que les lésions rencontrées dans le tube digestif à la suite de l'empoisonnement arsenical ne sont pas de nature inflammatoire, Boehm a empoisonné deux animaux de la même espèce, du même âge et de la même grosseur, avec de l'acide arsénieux, en l'administrant à l'un par la bouche, à l'autre en injections dans les veines. Les phénomènes furent absolument les mêmes, sauf que l'intoxication fut plus rapide chez le premier et exigea des doses un peu moins fortes que chez le second.

L'autopsie, faite aussitôt la mort, donna des résultats concordants et parfaitement identiques. La muqueuse de l'estomac, très-tuméfiée, était d'un aspect velouté, d'un rouge sombre limité aux couches les plus superficielles. Glandes intactes. Coloration rouge foncé des matières glaireuses contenues dans l'estomac. La séreuse est recouverte de vaisseaux remplis de sang et d'ecchymoses nombreuses et étendues.

Dans l'intestin, la muqueuse est couverte partout d'une membrane d'un aspect gélatineux, jaunâtre, épaisse d'un millimètre environ, très-consistante, constituée par l'agglomération d'un nombre infini de cellules de pus. On peut la

détacher en larges lambeaux, et l'on met ainsi à nu la muqueuse intestinale parsemée ordinairement de petits points ecchymotiques. Les villosités, examinées au microscope, se montrent fortement gonflées ; leur surface est privée d'épithélium dans toute son étendue ; dans leur épaisseur se trouvent de nombreuses cellules purulentes.

Enfin, l'examen de l'endocarde a toujours permis de reconnaître, seulement dans le ventricule gauche, la présence d'ecchymoses plus ou moins étendues ; ces ecchymoses ont été également observées assez souvent sur d'autres séreuses.

Les lésions inflammatoires de la muqueuse digestive ne peuvent donc pas être attribuées à une action directe de l'acide arsénieux, à moins d'admettre que cette substance, introduite directement dans le torrent circulatoire, puisse venir s'exhaler à la surface de la muqueuse intestinale et y déterminer alors les phénomènes inflammatoires observés. Or, un grand nombre d'observations de Boehm démontrent que, dans ce cas, la quantité d'acide arsénieux qu'on trouve dans les matières contenues dans l'intestin est infinitésimale et tout à fait insuffisante pour expliquer les lésions signalées ci-dessus. Il admet ainsi que ces lésions peuvent être attribuées à la paralysie des vaisseaux sanguins abdominaux, qui est un des résultats les plus constants de l'empoisonnement par l'acide arsénieux. (*Idem.*)

Recherche médico-légale. Au lieu de brûler complétement la matière organique avec l'acide azotique, suivant le procédé d'Orfila, ce qui détermine une perte partielle de l'arsenic par la volatilisation, le boursouflement qui en résulte, M. Gautier ne pousse cette opération qu'à demi. Il s'arrête dès que la matière organique se gonfle et termine sa carbonisation avec l'acide sulfurique. Il traite ensuite par l'acide azotique et le résidu est soumis à l'action de l'hydrogène sulfuré. Un sulfure d'arsenic en résulte qu'il est très-facile de doser sans perte. 5 milligrammes donnés à des animaux ont ainsi été retrouvés à l'analyse, à 2 millièmes près. (*Acad. des sciences*, août.)

ARTÈRES. *Dénudation étendue de la carotide.* Ce fait rare a été constaté par M. Verneuil après l'ablation d'un énorme

lymphadénome du cou. L'artère se trouvait dénudée dans une étendue de 3 centimètres. Les bourgeons charnus arrivèrent à la recouvrir presque entièrement, et, le quatorzième jour, l'état de l'opéré étant parfait, une hémorrhagie formidable se déclara après une douleur très-vive dans le point minime non recouvert. La compression digitale détermina une hémiplégie immédiate. L'opéré étant mort bientôt dans ces conditions, on trouva le cerveau d'un blanc verdâtre, complétement ischémié, avec un caillot dans l'artère communicante de Willis au-dessus de la compression et une thrombose de la carotide interne, à partir du trou carotidien jusque dans ses divisions.

Pour M. Le Fort, cet exemple prouve l'indication de la ligature en pareil cas. Le caillot formé sous l'influence de la dénudation artérielle s'est fragmenté par l'effet de la compression et a déterminé l'hémiplégie. (*Association française.*)

Artères sous-clavières. Leur soulèvement ou tout au moins leurs battements, leurs pulsations visibles au-dessus de leur place habituelle, est un bon signe clinique, non encore signalé, suivant M. Laboulbène, de la dilatation ou l'élongation cylindrique de la partie supérieure de l'aorte. Il l'a constaté dans trois observations qu'il rapporte dont deux suivies d'autopsie. Or, il a été constaté, entre autres lésions, outre la dilatation spéciale de l'aorte, un cœur énorme avec insuffisance des valvules aortiques. Comment donc distinguer si ce phénomène du déplacement visible des sous-clavières appartient seul à la dilatation aortique? Ce signe est indiqué dans le mémoire sur l'insuffisance des valvules aortiques par le docteur Alvarenga, notamment dans la septième observation, où l'aorte ascendante était très-dilatée. Il dit : « Les carotides et les sous-clavières paraissent se déplacer à chaque impulsion du cœur et communiquent au cou un choc très-notable. » Il semble difficile d'être plus précis. (Traduction française, Paris, 1856.)

Della prematura divisione dell' arteria del braccio (De la division prématurée de l'artère brachiale), par le docteur C. Giacomini, chef de l'Institut anatomo-pathologique de Turin et chargé de l'enseignement de l'anatomie à l'Université,

membre de l'Académie royale de médecine. Brochure in-4°
de 67 pages, avec 5 planches. Turin, 1874.

Étude originale fondée sur l'examen de 174 cadavres et de 312 bras fait par l'auteur quant à la division anormale dont il s'agit et de plus de 50 pièces étudiées dans les divers musées anatomiques de l'Italie. En ajoutant à ces observations personnelles les cas signalés dans les auteurs au nombre de 1335, dont il indique la source et les résultats dans un tableau synoptique, M. Giacomini a pu établir, en autant de chapitres séparés, la fréquence de cette bifurcation selon la hauteur à laquelle elle a lieu, l'artère qui en est le siége, le côté et le sexe. Sa fréquence absolue peut ainsi être évaluée au tiers des cas. 38 fois sur 156 individus, elle avait lieu des deux côtés, mais elle existe le plus souvent d'un seul, et, sur 219 cas, le bras droit en était le siége 136 fois et 83 seulement le bras gauche. La même proportion est établie quant aux diverses hauteurs du bras où se fait cette division.

L'intérêt de cette division de l'artère brachiale pour la chirurgie donne à ce travail une grande utilité qui le fera consulter avec fruit par les auteurs des traités classiques, aussi bien pour les blessures, les hémorrhagies que pour les ligatures.

ASCITE. *Épanchement laiteux.* Coïncidemment avec la coqueluche, une ascite survint chez un enfant de six mois. La paracentèse abdominale donna issue à 5 litres environ d'un liquide laiteux, qui, examiné au microscope par Rindfleisch, était de la lymphe. Dix fois répétée en un an, la même opération donna un résultat semblable. D'où le docteur Wilhelms conclut que ce liquide provenait d'une rupture du canal thoracique provoquée par une quinte de toux. C'est donc là une pure supposition et l'on se demande comment la vie est conciliable avec une pareille lésion. (*Gaz. hebd.*, n° 21.)

ATROPHIES. Atrophie du testicule. Elle est tout à fait indépendante de l'état de l'épididyme, comme M. Reclus l'a montré à la Société anatomique par deux exemples. Le testicule, presque réduit à rien dans le premier cas, était surmonté d'un épididyme volumineux et scléreux. La

grande quantité de tissu connectif que possède cet organe ne saurait être étouffé comme les tubes séminifères du testicule, et de là, probablement, la différence d'effet.

Dans le second cas, au contraire, l'atrophie testiculaire survenue à quinze ans, à la suite d'une orchite traumatique, avait laissé l'épididyme intact, car la mort survenue ensuite par tuberculose à l'hôpital de la Pitié, montra l'épididyme parfaitement intact et d'un volume égal à celui du côté opposé. (*Progrès méd.*, nos 42 et 43.)

Atrophies musculaires. L'immobilité, le défaut de contraction des muscles à la suite des fractures et des longues maladies, ont parfois amené cette atrophie, mais elle se produit aussi par une influence trophique, l'irritation ou une dégénérescence des nerfs. On sait aujourd'hui que le traumatisme nerveux périphérique entraîne une névrite et même une myélite qui, en amenant la sclérose des cornes antérieures, déterminent l'atrophie musculaire, la périostite et même la nécrose des os. M. Hayem l'a constaté expérimentalement et M. W. Mitchell a rencontré des atrophies musculaires à la suite de contusions nerveuses assez longtemps après l'accident. Les mêmes faits ont été confirmés expérimentalement par M. Hayem qui a constaté, en outre, que les lésions de la moelle pouvaient s'étendre à la longue du côté opposé. — Voy. MYÉLITE.

Voici une observation montrant que ces lésions des nerfs ou de la moelle peuvent même déterminer l'atrophie des os et leur raccourcissement.

Un homme de cinquante-six ans, bien portant, ayant subi le passage oblique de la roue d'une charrette chargée, sur la face dorsale du pied droit en 1870, en reçut une profonde contusion qui lui permit néanmoins de reprendre ses occupations quelques jours après. Quinze mois ensuite, le blessé, qui boitait toujours un peu, s'aperçut que tout le membre inférieur droit s'amaigrissait peu à peu, la cuisse surtout, et se raccourcissait. Il entra à la Pitié, le 7 mai dernier, et M. Desnos constata en effet, un raccourcissement sensible et une diminution des masses musculaires du mollet et de la cuisse. La mensuration constate 4 centimètres de moins à droite qu'à gauche en longueur et 10 centimètres de diamètre à la cuisse et 2 au mollet.

Les articulations sont un peu douloureuses, sans craquement, les grandes surtout, avec douleurs passagères, froid et picotements. La marche est sûre, mais la fatigue est plus rapide du côté malade. Et cependant, la contractilité musculaire, essayée comparativement, est à peine diminuée dans les masses musculaires de la cuisse droite. Pas d'anesthésie, ni d'analgésie, mais un léger retard dans la sensibilité. (*Progrès méd.*, n° 40.)

La propagation de la myélite chronique, d'une partie de la moelle à l'autre, peut ainsi expliquer l'extension de l'atrophie musculaire d'un côté à l'autre du corps. M. Charcot a vu un individu atteint d'atrophie du membre supérieur gauche, depuis l'âge de six ans, être pris de faiblesse du côté droit à vingt ans. Un amputé de la cuisse gauche fut atteint d'atrophie du côté droit. Une atrophie musculaire d'un côté a été aussi observée par M. Pierret, chez un ataxique. La sclérose, en se propageant d'une partie à l'autre de la moelle, peut aussi produire des formes complexes ou hybrides.

L'atrophie musculaire ne suffit pas cependant à déterminer le diagnostic. Une atrophie du côté gauche, observée par M. Vidal, ayant commencé par des fourmillements dans l'extrémité supérieure gauche, suivis d'une paralysie faciale et de strabisme interne, gêne de la déglutition avec anesthésie et parésie des membres de ce côté, tuméfaction de l'articulation du coude à demi ankylosée, hyperostose de la tête du radius et d'une phalange, n'est pour M. Charcot qu'une ataxie locomotrice progressive, c'est-à-dire une sclérose des cordons postérieurs. La coexistence de douleurs fulgurantes, de paralysie oculo-motrice, d'arthropathie et d'atrophie unilatérale de la langue, sont des symptômes caractéristiques de cette lésion. L'arthropathie surtout a une importance considérable lorsqu'elle coïncide avec des douleurs fulgurantes. (*Soc. de biol.*, juillet.) — Voy. ARTHROPATHIE TABÉTIQUE.

ARTHROPATHIE TABÉTIQUE. *Caractères anatomiques.* Après avoir démontré l'entité spécifique de cette lésion par son début, avant l'incoordination motrice, l'apparition de craquements articulaires et d'une collection liquide avec œdème dur du membre, une véritable disloca-

tion des surfaces articulaires sans siége précis, comme dans les luxations, et s'opérant avec une indolence remarquable, M. Charcot prouve qu'elle n'est pas moins indépendante, au point de vue anatomique, de l'hémiplégie à laquelle on la rattachait et on la subordonnait même (voy. *années* 1870-1871). Un spécimen des os, dans cette affection, présentait une disparition progressive des surfaces articulaires, sans stalactites osseuses ; les os, semblaient avoir été usés comme sur une meule, notamment sur les fémurs et le bassin d'une malade morte dans son service. (*Soc. de biol.*, juillet.)

L'observation insuffisante ou plutôt le défaut de connaissance de cette affection peut la faire paraître très-rare; mais, depuis six ans, M. Charcot en a observé plus de cinquante cas. C'est ainsi que le suivant, relaté comme un abcès de la cavité cotyloïde par ceux qui l'ont observé, est enregistré comme un exemple de cette arthropathie dans le n° 41 du *Progrès médical,* organe de M. Charcot.

Une femme de chambre de quarante-six ans était depuis longtemps dans le service de M. Bernutz, à la Charité, comme hystérique avec ataxie locomotrice, lorsqu'en marchant elle éprouva subitement une si vive douleur dans la hanche droite, qu'elle tomba sur le parquet. Elle avait entendu un craquement et déclara que sa jambe était cassée. Un énorme gonflement s'ensuivit aussitôt. M. le professeur Gosselin, appelé en consultation, trouva un raccourcissement d'un centimètre et demi, avec éversion du pied en dehors. Une fracture du col du fémur, avec effusion de sang, fut diagnostiquée.

La malade étant morte, l'autopsie montra l'erreur. Il n'y avait ni col ni même de tête du fémur, pas plus que de ligament rond, ni de cartilage de la cavité cotyloïde, une partie même du bord n'existait pas. Le gonflement était constitué par un vaste abcès de la hanche et la cavité cotyloïde était pleine de pus, échappé par une déchirure du ligament capsulaire extrêmement épaissi, avec des stalactites osseuses adhérentes comme dans l'arthrite chronique. Le prétendu craquement avait été produit sans doute par cette déchirure. Voici d'ailleurs la description de l'autopsie par M. Bourceret, interne : vaste épanchement purulent dans l'articulation ; la capsule est perforée en arrière et en avant et l'épanchement a fusé dans les interstices musculaires, il

a même pénétré dans la plupart des gaînes; il est surtout abondant en arrière et en dehors, sous les muscles fessiers dont il a dissocié les fibres. En avant, le pus a pénétré dans la gaîne du psoas, est arrivé dans le bassin et s'est infiltré entre les fibres du muscle iliaque. Cet épanchement a dû se faire avec une rapidité extrême; car les fibres sont dissociées et non altérées; elles présentent leur coloration normale et ne sont pas friables. La capsule, avec ses deux ouvertures, ne forme qu'une masse avec le tissu cellulaire et le tissu fibreux avoisinant. En arrière et en dehors, près du rebord de la cavité cotyloïde, on trouve des concrétions calcaires, les unes superficielles, les autres profondes, c'est-à-dire dans l'épaisseur de la capsule. Le bord de la cavité cotyloïde est érodé en arrière, en dehors et en bas.

La tête et les deux tiers du col du fémur ont disparu. On dirait que l'on a fait une section du col à son tiers externe, perpendiculaire à son axe; l'extrémité interne du col est en effet plane et légèrement éburnée à sa surface. Aucun ostéophyte sur le reste du col du fémur ou sur le grand trochanter. Au contraire, il y a, par places, raréfaction de l'os.

En ouvrant l'articulation, le fémur est luxé en arrière (luxation ilio-ischiatique). La capsule très-élargie permet à la luxation de se produire avec la plus grande facilité et de se réduire de même.

L'articulation du *genou gauche* est assez fortement distendue par du pus. Les cartilages, et surtout celui de la rotule, sont par places fortement érodés. Il est important de noter que c'est trois jours seulement avant la mort que le gonflement s'est montré. L'articulation coxo-fémorale droite est saine.

Aucune absorption osseuse semblable n'étant connue, M. Gosselin conclut à une absence congénitale de la tête et du col du fémur. Le défaut de cartilage de la cavité cotyloïde avait déterminé l'éburnation de l'os, d'où le raccourcissement et la difficulté de la marche. Le défaut d'examen à l'entrée avait donné lieu à cette grossière méprise d'une fracture.

Mais l'état des racines et des cordons postérieurs de la moelle fit modifier ce diagnostic. Les racines inférieures lombaires présentaient, à droite, un petit fibrome gros

comme un pois. Atrophie complète des racines postérieures droites, très-vascularisées et grisâtres. Elle remonte jusqu'à la région cervicale. Même état à gauche.

Les cordons postérieurs ont aussi une teinte gris rosé dans toute leur étendue, depuis la région dorsale inférieure jusqu'à la région cervicale où cette lésion se termine en pointe. A la région lombaire, ces cordons sont pris en entier.

C'est ce qui a fait conclure M. Charcot à une ataxie et à une arthropathie spinale qui se produit avec une rapidité extraordinaire. Des lésions semblables au cas actuel se sont produites, en trois mois, dans l'épaule, chez une ataxique. L'usure des os était semblable à celle que l'on produit sur une meule. Il semble qu'il y ait, dans ces conditions, un état particulier des os qui favorise leur usure, car elle est toujours très-rapide et parfois comme foudroyante.

Quant à la présence insolite du pus, un cas en a été observé par M. Ball, et le deuxième par M. Charcot. Celui-ci est le troisième.

Arthropathies génitales. Terme employé par M. Huchard pour désigner les manifestations rhumatismales articulaires qui ont lieu sous l'influence d'un état morbide des organes génitaux ou d'un trouble de leurs fonctions ; véritable euphémisme pour désigner le *rhumatisme génital* de M. Lorain sans en préjuger la nature (voy. *année* 1867). Mais il est évident que ce mot est insuffisant pour comprendre toutes les affections rhumatismales de ce genre, puisque les muscles en sont justiciables comme les articulations. La contracture et la tétanie, qui se manifestent dans l'état puerpéral ou sous d'autres influences génitales, ne sauraient être rangées sous ce titre.

Aussi bien est-ce à l'occasion de douleurs articulaires vagues, diffuses, étendues, observées par M. Péter, chez deux jeunes femmes pendant leur grossesse, que ce terme est employé et qu'une revue est faite de cet état singulier, mais sans que rien de nouveau s'en détache. (*Union méd.*, nos 109, 114.)

Des arthropathies d'origine nerveuse, par le docteur A. Blum, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; un

volume in-8° de 105 pages avec une planche. Division en six classes de ces arthralgies nerveuses appelées arthrites paralytiques par les anciens et que M. Charcot surtout a contribué à mettre en lumière. Elles sont tout simplement le résultat des troubles trophiques des lésions du cerveau, de la moelle ou des nerfs. De là leur apparition, 1° après les sections, plaies, contusions, tumeurs; 2° après les maladies de la moelle, spontanées ou traumatiques, paralysie infantile, myélite ; 3° coïncidemment avec l'ataxie locomotrice ; 4° après les hémorrhagies et les ramollissements du cerveau; 5° après les paralysies ou atrophies limitées et les arthropathies hystériques. C'est donc une monographie clinique complète de ces arthropathies symptomatiques, moins l'histoire et l'anatomie pathologique des lésions..

AUSCULTATION. — Voy. Spiroscope.

B

BAINS. Bains chauds. Voici les règles posées à cet égard par M. le professeur Lasègue, d'après les essais thérapeutiques institués dans sa clinique à l'hôpital de la Pitié.

Tout bain chaud doit être relativement court, de vingt à trente minutes au plus.

La température d'entrée doit être inférieure à la température de sortie, quels que soient les degrés extrêmes.

L'accroissement de la température doit être graduel et sans secousses.

Le maximum utile est de 48° ; celui de 45 suffit le plus souvent. Il ne doit pas durer plus de huit à dix minutes. Il est ainsi facilement toléré pourvu que les parties du corps non immergées soient préservées des vapeurs de l'eau chaude.

Une formule aussi rigoureuse que pour les autres médicaments est nécessaire pour l'emploi de ces bains. Le malade doit se remettre au lit en en sortant, sans exciter ni réprimer la sudation qui se manifeste.

Les lotions froides consécutives, les douches et les frictions sont sans efficacité comme après le bain de vapeur.

Il ne faut pas y recourir. (*Archiv. de méd.*, novembre, 1874.)

Ils se sont montrés efficaces contre le rhumatisme noueux. —Voy. *ce mot*, 1874.

Le bain à température croissante n'est pas moins calmant que celui à température constante, quand la température initiale étant 35° à 36°, la chaleur de l'eau est élevée avec lenteur ; il l'est surtout pour les organes du bas-ventre. L'angoisse dyspnéique, qui résulte de l'atmosphère de vapeur et de l'impression désagréable qu'en éprouve le malade, peut être combattue soit en élevant la température de la chambre, soit en épongeant la figure du malade, soit en couvrant la baignoire.

L'effet sudoral est souvent nul et il n'y a pas lieu de le rechercher.

Quant à l'action physiologique de ces bains chauds, elle est inexplicable. Une hystérique atteinte de contracture permanente rebelle à tout traitement, complétement *anesthésique*, et atteinte de palpitations, fut soumise aux bains chauds. La température initiale du bain fut de 38° et élevée successivement jusqu'à 48°. Eh bien, il ne se produisit nul effet physiologique apparent; le pouls ne fut pas accéléré, le cœur ne battit pas plus violemment. La conclusion est facile à tirer; il est évident qu'il paraît prouver l'intervention du système nerveux cutané dans les effets produits par les bains.

Outre leur effet sur le rhumatisme noueux, les bains surchauffés sont encore indiqués dans les affections abdominales, notamment les diarrhées chroniques. Les bronchites chroniques, comme la phthisie, en sont parfois améliorées. Des métrorrhagies tenaces, sans lésions organiques, en ont été arrêtées, comme Malgaigne l'avait déjà signalé. (*Archiv. de méd.*, novembre, 1874.)

Bains frais. Aucun âge, si jeunes que soient les enfants, ne s'oppose à leur emploi, d'après le docteur Meyer. Dès que la température du corps dépasse 39°,5 dans la fièvre typhoïde et la gastro-entérite, la pneumonie, la scarlatine, l'érysipèle et autres maladies à haute température, il plonge l'enfant dans un bain à 34° qu'il refroidit à 29 et parfois jusqu'à 27 centigr. Un enfant de vingt-huit jours, atteint

d'érysipèle ambulant, et un autre de trois semaines ont manifestement guéri grâce à ce moyen. La température de 40° à 40°,9 s'abaissa graduellement. Deux enfants atteints de catarrhe gastro-intestinal fébrile avec température rectale à 40°,3 et 40°,5, ont également guéri avec un bain de huit minutes à 34 à 35° et refroidi de 30 à 27. Ces faits sont donc encourageants. (*Deutsch. Archiv für klin. Mediz.*, mars.)

BANDAGE NÉO-PLATRÉ. Sous ce nouveau titre, M. Labéda, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Toulouse, désigne l'emploi de linges plâtrés en bandage contentif, immobilisateur, protecteur, occlusif, etc. Franchissant hardiment les limites de son emploi restreint à l'immobilisation des fractures et des articulations malades, M. Labéda en fait usage comme tuteur des articulations lésées pour permettre l'exercice de la marche aux malades. Jusque-là, il n'a rien fait de nouveau, mais en enveloppant le thorax d'une carapace de plâtre, pour une carie cervico-dorsale des vertèbres, en formant des masques, des calottes de plâtre contre des scrofulides, des teignes, il a fait une véritable innovation. Reste à en montrer les avantages, sinon celui de l'économie des linges et le temps du chirurgien. Jusqu'ici, il y a donc beaucoup plus d'espérances, de promesses que de réalités dans cette extension du bandage plâtré.

BROMURES. Bromure de camphre. Les espérances qu'avaient fait concevoir les expériences exécutées en 1874 avec ce nouveau produit ne se sont pas confirmées entre les mains de M. Trasbot, vétérinaire.

Des chiens, atteints de chorée ou d'épilepsie, n'ont pas éprouvé les phénomènes de sédation et d'hypnotisme signalés par M. Bourneville. Il y a eu au contraire une excitation très-vive et les accès d'épilepsie allaient en augmentant avec les doses. Avec 10 ou 25 centigrammes, pas de stupéfaction ; avec 1 gramme, excitation, contractions toniques, accélération de la respiration, salivation ; puis, après quinze à vingt minutes, somnolence et torpeur marquée. La sensibilité est conservée, la température ne baisse pas. De sorte qu'à titre d'agent thérapeutique et d'agent toxique, les résultats sont absolument opposés à ceux qu'on avait an-

noncés. C'est un poison convulsivant, analogue à la strychnine.

M. Constantin Paul a employé le bromure de camphre chez des hystériques pendant un mois ; il n'a observé aucune diminution dans le nombre des attaques. Cependant, il s'agissait d'hystérie convulsive curable, et qui a guéri, en effet, par l'enveloppement dans le drap mouillé.

M. Dujardin Beaumetz a employé le bromure de camphre dans l'hystérie et dans l'épilepsie avec des résultats négatifs; il ajoute que, s'il y a eu quelques modifications favorables dans l'hystérie, il est difficile de conclure, étant donné le caractère mobile et variable de cette maladie et surtout des malades. Il a obtenu des résultats plus positifs dans la spermatorrhée, succès qu'il attribue plus au pouvoir du camphre sur les organes génitaux qu'au pouvoir du brome.

M. Gubler l'a employé chez les hystériques avec les dragées de Clin ; résultats négatifs. Il a observé chez ses malades une sensation de chaleur à l'épigastre ; une excitation fébrile dans un ou deux cas ; jamais le brome n'a été retrouvé dans l'urine. Si cette absence de l'innervation était confirmée, il y aurait lieu de conclure que le bromure de camphre ne passe pas par le rein. Ce serait la confirmation d'une loi souvent constatée, à savoir : qu'il est des corps *vecteurs*, des corps *dirigeants*, qui décident du passage et de la direction des autres substances dans tel ou tel émonctoire. Ainsi l'iode et l'iodure de potassium passent normalement par les glandes salivaires ; le fer n'y passe jamais ; lorsque l'iode et le fer sont associés, le fer est entraîné par l'iode vers les glandes salivaires. M. Gubler pense que, par une loi inverse, le camphre empêcherait le brome de traverser le rein ; le bromure de camphre est un médicament très-stable. Il y a donc lieu de penser que ce composé subsiste dans la circulation.

Bromure de potassium. *Action hémostatique.* — Voy. Hémorrhagies.

C

CAILLOTS. *Structure.* L'ancienne division généralement accréditée des caillots en sanguins ou hématiques, et en caillots fibrineux, décolorés, d'après leur couleur rouge ou grise, paraît devoir être abandonnée. Ceux-ci ne seraient plus la transformation nécessaire de ceux-là, comme on le croyait, toujours d'après MM. les Allemands. W. Zann ayant trouvé les thrombus rouges formés d'une simple coagulation du sang et notamment de globules rouges et les thrombus décolorés, blancs, composés exclusivement d'une accumulation de leucocytes, — tandis que ceux de couleur intermédiaire, appelés mixtes, contenaient un nombre variable de globules rouges, leur communiquant leur couleur, emprisonnés dans la masse des leucocytes, — il a été conduit à admettre que la fibrine décolorée ne formait pas la couleur blanche ou grise de ces thrombus ou caillots, comme on le croyait, mais bien les globules blancs ou leucocytes du sang. La réalité de ce fait lui a paru démontrée par l'expérience suivante :

Si l'on étale sous le microscope le mésentère d'une grenouille curarisée, et si l'on produit, avec la pointe d'une aiguille à dissociation, une irritation légère de la paroi d'une des veines de ce mésentère, on voit aussitôt les globules blancs, qui roulent le long de la paroi du vaisseau, s'arrêter au niveau du point irrité et former, par leur accumulation progressive, un thrombus d'abord pariétal, puis tout à fait oblitérant. Ce thrombus est formé uniquement par des leucocytes et l'on n'y découvre pas la moindre trace de fibrine. Dans ces conditions expérimentales, le thrombus leucocytique n'est pas de longue durée, il est, le plus souvent, fragmenté par le courant sanguin et entraîné dans la circulation. Mais si l'on fait à la paroi veineuse une lésion plus grave, si, par exemple, on la met en contact, pendant quelques instants, avec du chlorure de sodium, il se forme, par le même mécanisme que dans l'expérience précédente, un thrombus leucocytique oblitérant qui persiste pendant les deux ou trois jours que la grenouille peut être maintenue en observation.

Les mêmes résultats ont été obtenus sur des animaux à sang chaud, lapins et chiens; tandis que l'introduction de corps étrangers dans les vaisseaux n'a amené aucune coagulation fibrineuse s'ils étaient lisses, polis et sans rugosités. De là l'origine de cette nouvelle interprétation. (*Virchow's Archiv*, 1874.)

Vérifiées en France par M. Pitres, dans le laboratoire de M. Charcot, ces expériences ont donné les mêmes résultats. Maître et élève ont ainsi adopté l'interprétation allemande en constatant la réalité des phénomènes qui lui sert de base. Mais ils ont aussi emprunté leurs raisons à la clinique suivant les traditions de l'école française. Si l'on suit l'évolution des caillots rouge foncé, dit M. Pitres, en examinant les coagulations veineuses, d'âge différent, chez les femmes qui ont un cancer de l'utérus, on constate qu'au bout de peu de jours, la matière colorante des globules rouges s'exosmose, mais sans disparaître totalement : elle se dépose sous forme de cristaux ou de granulations au centre du caillot et persiste même dans le néotissu qui se substitue au sang coagulé, de telle sorte que ce néotissu conserve pendant des années une coloration briquetée ou ocreuse, bien différente de la coloration grise des caillots dits décolorés. Il se passe là quelque chose de tout à fait analogue à ce que l'on voit se produire dans les vieux foyers d'hémorrhagie cérébrale, dont la cicatrice renferme des cristaux ou des granulations de pigment hématique et conserve aussi, pendant fort longtemps, une couleur briquetée ou ocreuse.

La théorie des caillots *décolorés* est encore contredite par ce fait, que l'on trouve des caillots gris dans des cas de thrombose datant à peine de quelques jours. Tout récemment, dans un cas d'œdème cachectique développé quatre jours seulement avant la mort, l'autopsie a montré, dans les veines thrombosées, des caillots blanchâtres, disséminés au milieu de caillots rouges sombres. Comment une partie des caillots était-elle déjà décolorée, tandis que les points voisins avaient conservé toute la vivacité de leur teinte rouge? Il faut certainement chercher ailleurs la cause de la coloration blanche des caillots.

Il n'est pas probable que ce soient primitivement des caillots fibrineux. Lorsque la fibrine se coagule, elle prend

la forme fibrillaire, facilement reconnaissable et caractéristique des exsudats inflammatoires, de la couenne des saignées, des caillots grisâtres que l'on rencontre dans le cœur et les gros vaisseaux *post mortem*. La fibrine fibrillaire les constitue en grande partie. Au contraire, en dissociant à l'état frais des fragments de caillots blancs, on les trouve composés tantôt uniquement de leucocytes plus ou moins altérés, tantôt d'une matière granuleuse amorphe, sans contours globulaires, que l'on pourrait prendre pour de la fibrine granuleuse; mais si l'on en examine le centre ramolli, c'est encore des leucocytes granuleux et des granulations moléculaires que l'on y constate. L'extrémité la plus jeune de ces caillots est souvent formée de leucocytes reconnaissables et jamais par de la fibrine à l'état fibrillaire. M. Pitres a établi ainsi dans un cas de végétations globubuleuses du cœur qu'elles étaient uniquement formées de leucocytes, aussi bien la partie centrale ramollie que la partie périphérique constituant la coque. La matière caséeuse centrale était composée de leucocytes morts et divisés, tandis qu'ils jouissaient encore d'une certaine vitalité à la périphérie, grâce à la présence de l'oxygène contenu dans les gaz du sang et qui est indispensable à leur vitalité.

D'où la conclusion que cette matière granuleuse des caillots gris ou jaunâtres est une altération des leucocytes persistants et non pas une transformation de la fibrine.

La différence de coloration des caillots correspondrait ainsi à des différences de structure. Les caillots rouges seraient formés par des globules rouges du sang et un très-petit nombre de leucocytes; tandis que les caillots gris seraient constitués par des leucocytes agglomérés ou dégénérés en une masse granuleuse. Les premiers seraient des caillots hématiques ou passifs, les seconds des caillots leucocytiques ou actifs. La circulation pourrait continuer avec ceux-ci, tandis qu'elle serait arrêtée par ceux-là. Les caillots mixtes seraient composés de l'un et de l'autre élément en proportion variable. Telle est la nouvelle division.

Mais M. Cadiat combat cette interprétation trop absolue et croit que la matière granuleuse constatée entre les leucocytes peut aussi bien être de la fibrine granuleuse qu'une dégénérescence des leucocytes. Une embolie de l'artère

sylvienne, dans un cas de leucocythémie, complétement blanche à l'extérieur, était entièrement formée de fibrine; des leucocytes et les autres éléments du sang se retrouvaient à l'intérieur. Il semble donc, conformément à l'ancienne interprétation, qu'il y ait eu primitivement un dépôt de fibrine sur les parois du vaisseau, puis coagulation sanguine consécutive, et c'est ainsi que les leucocytes constatés dans les caillots blancs étaient englobés dans de la fibrine granuleuse. (*Soc. anatomique*, 26 février, et *Progrès méd.*)

Les deux opinions, les deux, doctrines sont donc en présence; c'est aux faits à décider si l'histologie pathologique et le microscope parviennent à distinguer la granulation résultant de la fibrine d'avec celle provenant des leucocytes. C'est douteux.

CALCANÉUM. *Excision.* A la statistique si bien faite de cette opération, par M. Polaillon, selon les âges et les maladies qui peuvent la réclamer (voy. *année* 1869), M. le professeur Rigaud, le vulgarisateur de cette opération en France, est venu apporter le résultat de sa pratique. Sur dix malades, opérés de 1845 à 1873, un seul est mort d'infection purulente. Un second a été amputé par M. Sédillot à cause de la lenteur de la cicatrisation. Un malade opéré à l'hôpital des Cliniques a dû être également amputé par M. Houel. Deux autres excisions ont été faites avec succès par M. Bœckel. C'est donc au moins 3 insuccès sur 13 cas.

Une seconde statistique anglaise de 13 cas donne 9 succès complets, 3 insuccès et 1 opéré qui ne peut marcher. Les résultats sont donc à peu près les mêmes sans distinction d'âge ni de maladie.

D'après une autre statistique anglaise, 37 cas d'excision totale ont donné 25 ou 26 succès complets seulement. 4 ou 5 opérés ont dû être amputés consécutivement. Un enfant, opéré par M. Giraldès marchait tellement bien, trois ans après, que l'on ne pouvait distinguer le membre opéré.

C'est donc là, en résumé, une opération préférable à l'amputation d'emblée de la jambe. Un tiers des opérés meurt de celle-ci et 2 seulement ont succombé sur les 27 excisions du calcanéum sus-énoncées. (*Soc. de chirurgie*, août.)

CALCULS. *Influence des lésions du rachis.* Elle est admise par M. Henry Lediard en raison de la cystite chronique consécutive à la paraplégie qui en résulte comme déterminant la réaction alcaline de l'urine, la formation du muco-pus et de l'acide tribasique ; conditions favorables à la formation des calculs. La paralysie de la vessie, avec intégrité du sphincter, en amenant la rétention prolongée de l'urine, favorise surtout cette formation. Il en donne l'exemple suivant observé à l'hôpital *Saint-Bartholomew.*

Un homme de trente-neuf ans tombe sur ses reins sans qu'il en résulte fracture ni luxation appréciable, mais le cathétérisme est nécessaire. Il y a incontinence des matières fécales, perte de la mobilité des deux jambes, surtout à gauche. Du pus et des cristaux de phosphate tribasique apparaissent dans l'urine. Néanmoins, il peut quitter l'hôpital un mois après avec des béquilles. Mais deux ans après, le 4 décembre 1874, il s'y représentait pour une tumeur au périnée. C'était un abcès urineux. Il fut ouvert et l'on découvrit ainsi un calcul, qui nécessita la taille latéralisée. La pierre était phosphatique, friable, avec un noyau tendre. (*Lancet*, avril.)

Un ouvrier vigoureux, dit M. Gillette, traité à Bicêtre pour une fracture grave de la colonne vertébrale, avec paralysie persistante, se présentait quelques années après à Lariboisière pour la pierre. Il fut également taillé avec succès par M. Tillaux. (*Union méd.*, n° 100.)

Calculs préputiaux. Conséquence ordinaire d'un phimosis étroit, ils se rencontrent le plus souvent chez les enfants dont la rétention du smegma et le défaut de soins de propreté suffisent à en provoquer la formation. Mais Zahn distingue ces concrétions des vrais calculs, car, dans un cas de ce genre, il les trouva formées d'épithélium, de cholestérine et de chaux. Or, le smegma des fœtus de sept à huit mois est composé de grosses perles épithéliales. On le retrouve tel tant que le gland et le prépuce restent soudés, mais celui de l'adulte n'est plus le même.

On comprend toutefois que, chez les sujets atteints d'un phimosis étroit, ce smegma puisse devenir le noyau de vrais calculs par la rétention des poussières graveleuses comme Vidal de Cassis l'admettait. La chaux en paraît pourtant le

principe constituant. M. Hecht a rencontré un calcul préputial chez un garçon de six ans éprouvant de la difficulté d'uriner. Il y avait absence apparente de la verge. A sa place existait une tumeur, comme un œuf de poule, placée au-dessus du scrotum et percée en avant d'un pertuis filiforme d'où s'écoulait l'urine goutte à goutte. Une incision montra un calcul volumineux, formé de couches concentriques, obturant l'orifice de l'urèthre et ayant réduit le gland par sa compression à un très-petit volume. (*Revue méd. de l'Est*, septembre 1874.)

L'incurie, le défaut de soins de propreté, peuvent ainsi provoquer la formation de ces mêmes calculs chez les adultes. Un malaise général avec frissons et oppression, c'est-à-dire une bronchite intense, fit ainsi découvrir chez un paysan de cinquante-deux ans, père de cinq beaux enfants, dont le plus jeune avait huit à neuf ans, une sensibilité extraordinaire de la vessie. L'exploration montra alors un phimosis congénital et le sac préputial tellement bourré de calculs que l'émission de l'urine ne pouvait se faire que par différents artifices et en déplaçant les pierres. L'ouverture préputiale était oblitérée depuis dix-huit mois seulement. Une ulcération à côté du frein ayant livré passage à deux ou trois calculs comme un pois, l'urine s'écoulait par là.

Malgré cet état grave, le malade refusa absolument l'opération indispensable. La cystite qui existait fit des progrès rapides et quand il revint, six mois après, pour se faire opérer par Zahn, l'urine contenait du pus, avec fièvre intense et continue, maigreur extrême. L'opération permit d'extraire quatorze calculs, pesant ensemble 28 grammes 50 centigrammes et formant un volume de 21 centimètres cubes. Deux autres calculs étaient sortis dans l'intervalle. C'était donc un total de dix-huit ou dix-neuf. Ils avaient tous un noyau différant de couleur et de consistance, formé de cellules épithéliales cornées, et se composaient de couches calcaires concentriques.

Cet amas de calculs n'avait pas déformé le gland, mais on trouva un rétrécissement de l'urèthre s'étendant à 3 centimètres de profondeur du méat. Malgré l'introduction de tiges dilatatrices et de sondes, la cystite progressa. Il y eut infiltration d'urine et le malade succomba bientôt avec

des phénomènes urémiques. (*Archiv fur path. Anat. und Phys.*)

Calculs de l'urèthre. Un exemple très-remarquable par son volume, sa forme et sa formation, a été observé en Algérie par M. Mathis, médecin-major, sur un Arabe de trente-deux ans, n'ayant jamais eu mal aux reins ni rendu de graviers. Aucune uréthrite même n'est avouée.

Une tumeur occupait le scrotum du côté droit et se prolongeait jusque vers le bulbe. Dure, régulière, plus volumineuse en avant qu'en arrière, elle est légèrement mobile, quoique les tissus peu épais qui la recouvrent soient indurés et fassent corps avec elle. Son origine remonte à dix-huit mois, sans cause appréciable. Un abcès s'est formé à la racine de la verge huit mois après. Ouvert spontanément, il a produit une fistule qui donne passage aux urines. Le stylet rencontre immédiatement sous la peau un corps dur, un concrétion calcaire, ainsi que par le méat urinaire.

Une incision partant de l'orifice fistuleux fut étendue à 5 centimètres en arrière ; mais il fallut l'étendre jusqu'au bulbe pour extraire cet énorme calcul moulé dans l'urèthre et ayant la forme d'une corne de jeune taureau. Il pesait 72 grammes et composé exclusivement de phosphate de chaux, avec deux petites cavités au centre que l'auteur attribue à la disparition de fausses membranes qui en ont formé le noyau. (*Recueil de méd. et chir. militaires*, janvier.)

Calculs rénaux. *Rétention d'urine.* Il suffit que la lumière des uretères, leur perméabilité soit détruite pour que ce symptôme en résulte, comme des observations le prouvent. — Voy. Rétention d'urine.

Calculs des uretères. — Ils sont une conséquence de la chute des précédents. Un matelot de vingt-sept ans, entré à l'hôpital naval de Lisbonne, le 16 octobre 1874, pour des troubles urinaires, en présenta un exemple. De l'hématurie avec fréquence et difficulté de la miction, douleurs vésicales, avec fièvre, étaient les principaux symptômes. Le cathétérisme ne révélait pas de calculs. Ayant succombé le 30 décembre, l'autopsie montra la vessie réduite au volume d'une petite orange avec épaississement de ses parois : la mu-

queuse d'un gris noirâtre avec des excroissances pédiculées à l'intérieur ; dilatation considérable de la prostate, destruction du rein gauche, avec dilatation du bassinet contenant de 8 à 10 onces de pus, sang et urine. Uretère très-dilaté au-dessous, jusqu'au point où un long calcul fusiforme, pesant 492 *grains*, était retenu par une constriction qui l'avait empêché de tomber dans la vessie.

Le rein droit était graisseux et désorganisé. Dilatation du bassinet et de l'uretère rempli de sang grumeux et de pus fétide de ce côté. (*The Lancet*, mars, n° 12.)

CANCER. Sa nature diathésique est démontrée, d'après le professeur Beneke (de Marbourg), parce qu'il atteint surtout les constitutions robustes et coïncide souvent avec un développement inusité du système graisseux et la présence de calculs biliaires; une richesse remarquable des os en phosphates terreux, contrairement à ce qui s'observe dans la tuberculose et la scrofule ; le système artériel est très-développé et l'urine ne contient que peu de phosphates terreux avant le marasme ; enfin, parce que la lécithine et la cholestérine forment une grande partie du cancer mou.

Les résultats négatifs de l'inoculation cancéreuse contre-indiquent aussi la prédisposition locale.

En se basant sur ces enseignements chimiques, l'auteur proscrit du traitement les substances albuminoïdes, les sels acides, les phosphates, les œufs, les légumineuses et les viandes, l'extrait Liebig, par exemple. L'alimentation des malades doit être peu azotée ; le vin et le thé doivent remplacer les substances excitantes. Veiller toujours aux fonction du foie. (*Berl. klin. Woch.*, n° 49, 1874.)

L'une des voies de propagation du cancer, suivant le docteur Colomiatti, ce sont les troncs nerveux ou plus précisément les espaces lymphatiques existant dans le périnerve et l'endonerve, selon la description qu'en ont donnée Axel Key et Retzius. Après avoir établi le fait pour le système ganglionnaire dans un cancroïde secondaire du grand sympathique, il l'a confirmé dans un cancer du voile du palais, dont le point de départ était dans la glande sous-linguale droite et qui s'étendit de là par les espaces lymphatiques du nerf lingual et du grand hypoglosse correspondants. En dehors de la tumeur, ce dernier nerf était le siége de no-

dosités, grosses comme un grain de froment et éloignées seulement de quelques millimètres l'une de l'autre.

Dans un cancer des lèvres envahissant surtout la lèvre inférieure et la gencive de la moitié droite de la mâchoire ainsi que les alvéoles, les cellules cancéreuses avaient pénétré dans les espaces lymphatiques du nerf dentaire inférieur qui était envahi au delà de son entrée dans le canal de ce nom.

Dans chacun de ces nerfs affectés, les espaces lymphatiques étaient remplis de groupes de cellules épithéliales. L'endothélium de ces espaces n'aurait qu'une part tout à fait passive dans cette affection. (*Soc. de méd. et chirurg.*, novembre 1874.) — Voy. TUMEUR DU SEIN.

Le microscope s'est montré une fois de plus en défaut pour en découvrir la nature dans la clinique de M. Gosselin, à la Charité. Une tumeur de la tête, située à la jonction du pariétal avec l'occipital et née d'une loupe, avait été diagnostiquée de nature sarcomateuse et enlevée comme telle, lorsqu'à l'examen le microscope la déclara de nature épithéliale. A trois reprises elle récidiva. M. Gosselin l'enleva alors avec le péricrâne et l'opéré étant mort, dix jours après, d'une embolie de l'artère pulmonaire, formée dans la veine iliaque externe à la suite du débridement d'une hernie étranglée, on trouva la tumeur en pleine récidive des os eux-mêmes. Fiez-vous donc au microscope. — Voy. SARCOME.

Cancer des ganglions bronchiques. L'attention accordée, dans ces dernières années, à l'adénopathie bronchique compliquant la tuberculose d'une part et de l'autre à l'angioleucite pulmonaire, signalée par M. Raynaud, et paraissant d'origine cancéreuse (voy. *année* 1874), donne un intérêt d'actualité à deux observations d'adénopathie bronchique cancéreuse. Dans un cas, il s'agissait d'un garçon de vingt-cinq ans, entré à l'Hôtel-Dieu, le 20 octobre 1874, service de M. Moissenet. La dyspnée et la cachexie tuberculeuse étaient les principaux signes physiques avec matité considérable du sternum et entre les omoplates, souffle broncho-trachéal. L'âge et la résection antérieure d'un testicule réputé tuberculeux semblaient faire admettre cette diathèse. Il n'y en avait pourtant que des signes douteux au sommet

du poumon droit et l'absence de cavernes contrastait avec l'état général du troisième degré.

L'absence de tumeur anévrysmale et de leucocythémie fit rapporter les signes locaux à une adénopathie bronchique tuberculeuse, d'autant plus que les tuméfactions ganglionnaires prédominaient dans la région cervicale et que la présence d'un ganglion sus-claviculaire à gauche en faisait soupçonner d'autres derrière le sternum. Néanmoins, l'autopsie montra qu'il s'agissait d'une dégénérescence cancéreuse. Les poumons étaient parsemés de noyaux cancéreux, gros comme une noisette, occupant surtout le bord antérieur des deux poumons. Les ganglions bronchiques correspondant aux lymphatiques en étaient aussi très-altérés. Le foie, en particulier, était rempli de granulations carcinomateuses ainsi que la capsule surrénale droite et les corps vertébraux. (*Soc. anatomique*, novembre 1874, et *Progrès méd.*)

Cet exemple d'une erreur de diagnostic peut en faire soupçonner bien d'autres, car le diagnostic différentiel paraît fort difficile. Le docteur Collin rapporte ainsi l'observation rétrospective d'une fille de vingt-huit ans, entrée pour un rhume à l'hôpital Necker, service de Monneret. La toux, la dyspnée, des hémoptysies, semblaient dénoter une phthisie commençante. Mais il n'y avait pas d'autres signes locaux qu'une matité dans le tiers supérieur du sternum et les espaces sterno-claviculaires internes. Un ganglion engorgé, gros comme une noisette, derrière la clavicule droite, fit penser à une adénopathie bronchique tuberculeuse. Le son étranglé de la voix, la toux aboyante, une douleur le long de la trachée, la déglutition difficile des aliments, la dysphagie et la suffocation s'expliquèrent ainsi. Aucun symptôme ne décelait la cachexie cancéreuse et pourtant l'autopsie montra un cancer généralisé des ganglions bronchiques pénétrant dans le tissu pulmonaire et comprimant l'œsophage, la veine cave et les nerfs récurrents et pneumogastriques. (*Union méd.*, n° 22.)

Il est à remarquer que, dans ces deux cas, la diathèse cancéreuse ne se révélait par aucun signe extérieur, qu'elle s'était développée insidieusement, presque à l'insu des malades, sans trouble très-notable de la santé ni de la nutrition. L'intensité de la dyspnée, la suffocation même, le tirage et le cornage, la douleur derrière le sternum surtout

par la déglutition des aliments solides, la dysphagie, étaient les symptômes prédominants. En l'absence des signes physiques de la tuberculose, il y a donc lieu d'en faire les signes distinctifs du cancer des ganglions bronchiques.

Cancer de l'utérus. *Coma.* L'obstruction des uretères ou leur compression à leur embouchure dans la vessie, causée ordinairement par l'envahissement des altérations cancéreuses, est le plus souvent la cause de ce coma profond et assez fréquent dans lequel succombent les victimes du cancer utérin. L'empoisonnement urémique résulte de cette obstruction au cours des urines et à la rétention dans le sang de leurs constituants solides. Le coma, qui en est la conséquence, est ainsi précédé et accompagné d'une anurie plus ou moins complète, une température abaissée à 36°, 35° et même plus bas, et une sueur visqueuse. Des vomissements incoercibles peuvent aussi s'ensuivre dans la forme gastrique de l'urémie, comme M. Dujardin-Beaumetz en a relaté deux cas en 1874 à la Société anatomique.

Dans un cas terminé ainsi par le coma, dans la clinique du professeur Béhier, l'autopsie révéla les reins diminués de volume et leur substance corticale d'un blanc livide, les bassinets distendus, baignés de sérosité; les uretères, d'un diamètre de 1 centimètre, étaient comparables à l'intestin d'un petit enfant, alors que de vastes adhérences entre le col de l'utérus, le vagin et le bas-fond de la vessie, englobant l'extrémité inférieure de ces conduits dans une vaste masse cancéreuse, les comprimait et les oblitérait. L'orifice inférieur de l'uretère gauche admettait à peine l'introduction d'un stylet et l'uretère droit était complément oblitéré.

Dans un second cas observé à l'hôpital Saint-Antoine par M. Dalbanne, à l'affaiblissement graduel succéda tout à coup le coma avec respiration bruyante, stertoreuse, abaissement de la température à 35 et 34°, suppression des urines, anurie complète, mouvements convulsifs et mort après onze heures de cet état.

L'autopsie montra, comme lésions se rapportant à ce symptôme, une distension énorme de la vessie avec plus d'un litre d'un liquide puriforme, verdâtre, d'une odeur ammoniacale; surface interne présentant l'altération décrite sous le nom de vessie à colonnes. Les uretères, très-distendus,

offrent le diamètre de l'intestin grêle d'un petit enfant et sont remplis d'une urine très-riche en albumine ; les parois sont épaissies ; la face interne est plissée longitudinalement, sous forme de colonnes, ce qui s'explique par le refoulement de la muqueuse à travers les fibres musculaires distendues à l'excès et paralysées. A leur partie inférieure, les uretères sont englobés dans une masse cancéreuse qui fait corps avec le vagin et qui les comprime au point de les oblitérer presque complétement. Les reins, d'un aspect lardacé, sont diminués de volume ; au microscope, on trouve une dégénérescence granulo-graisseuse plus ou moins complète.

En présence de ces altérations, il n'est donc plus permis d'invoquer la faiblesse, la cachexie profonde des sujets pour interpréter le coma final, mais il faut voir là de véritables accidents urémiques qui doivent se rattacher à une compression des uretères, soit par des adhérences qui s'établissent entre le vagin, les uretères et la vessie, soit par un envahissement de tissu morbide. (*Courrier méd.*, n° 24.)

Cancer du rectum. — Voy. Colotomie.

Cancer de l'apophyse mastoïde. Un exemple en a été observé dans le service de Demarquay à la Maison municipale de santé, sur une femme de quarante-huit ans, célibataire, entrée le 5 février 1875. Atteinte depuis son enfance de douleurs d'oreilles accompagnées d'écoulement, elle vit tout à coup une tumeur mastoïdienne droite se développer après un refroidissement, avec douleurs névralgiques intenses de ce côté, envahissant la face sur le trajet des branches du trijumeau. Bourdonnement continuel de l'oreille. Sensation momentanée d'un corps étranger sous la paupière droite.

Ces symptômes persistaient depuis plus de deux mois lorsqu'elle s'aperçoit un matin de la déviation de la bouche à droite avec crampes à la figure et au menton. La paralysie est très-prononcée à son entrée ; il y a un gonflement notable au niveau de l'apophyse mastoïde avec fluctuation vague, sans craquements osseux ; un sillon profond sépare ce gonflement du pavillon, rouge et enflé ; suintement muco-purulent de l'orifice.

Huit à dix jours après son entrée, la malade est prise su-

bitement d'un vertige avec bourdonnements ; un sentiment de tournoiement la force à s'adosser et le même phénomène se reproduit deux jours après. Puis le gonflement mastoïdien s'accuse et rougit, avec des points saillants comme furonculeux, rouges, luisants, fluctuants. Des fongosités obstruent le conduit auditif. Douleurs vives, surtout au niveau de l'œil.

Une incision de 10 centimètres est pratiquée le 4 mars avec issue d'une bouillie épaisse, grisâtre, fétide. Le doigt s'enfonce dans un tissu ramolli, friable, et déprime les lamelles osseuses avec un bruit caractéristique. Cette pression détermine l'issue du même liquide par le conduit auditif que par l'incision. Hémorrhagie de l'artère auriculaire divisée. Un morceau de pâte de Canquoin détruit les lèvres blafardes et grisâtres de l'incision. Une plaie à bords et fond sanieux en résulte. L'excision d'une portion du tissu excroissant permet d'y reconnaître la trame caractéristique du cancer au microscope. Des ganglions se dessinent sous la peau. La paralysie ne se modifie pas. On attendait la suite de la marche de cette affection singulière, lorsque la malade quitte le service le 30 mars pour retourner dans sa famille. (*Ann. des maladies de l'oreille et du larynx*, n° 3.)

CATARRHE PULMONAIRE. *Strychnine.* Contre la difficulté d'expectoration par faiblesse ou asthénie des parois bronchiques et pulmonaires, soit chez les jeunes enfants dans la convalescence de longues maladies aiguës, des exanthèmes suivis de paralysies locales, soit chez les vieillards atteints d'emphysème, de catarrhe, M. Barthez fait prendre deux à quatre cuillerées à café par jour du mélange suivant :

℥ Sirop simple.	100 grammes.
Sulfate de strychnine.	5 centigrammes.

Mêlez.

On peut également employer dans un julep la teinture de noix vomique.

L'appareil musculaire, en reprenant du ton, rend l'expectoration plus facile et plus abondante et amène un soulagement marqué. Un enfant qui asphyxiait par amas des mucosités dans l'arrière-gorge, suite d'une angine diphthé-

ritique, en fut soulagé et guérit. (*Journ. de méd. et chir. pratiques.*)

Dans le catarrhe bronchique généralysé, idiopathique ou symptomatique d'une lésion cardiaque avec dyspnée intense, M. Jaccoud emploie avec grand succès les purgatifs drastiques, répétés fréquemment, soit 30 grammes d'eau-de-vie allemande avec autant de sirop de nerprun. Il met les malades au régime lacté et combat ensuite les symptômes prédominants par les moyens ordinaires. (*Idem.*)

CATHÉTÉRISME. Pour éviter les accidents qu'il provoque, l'hématurie en particulier, qui constitue le plus fréquent, Leissl (de Vienne) conseille la méthode suivante, dans le cas où l'on veut pratiquer une injection intra-vésicale : on place la pointe de la canule d'un irrigateur dans le méat urinaire, en prenant bien soin de relever la verge contre la paroi abdominale. Au bout d'un temps, variant d'une seconde à quelques minutes, le malade éprouve la sensation particulière indiquant l'entrée dans la vessie du liquide injecté. C'est la différence de niveau entre cet organe et l'irrigateur qui facilite le passage du liquide dans sa cavité. (*Rép. de pharm.*, mars.)

CERVEAU. La disposition topographique des artères suffit à préciser et à expliquer, d'après M. Duret, le mécanisme, le siége et la forme des hémorrhagies et des ramollissements cérébraux. Il montre ainsi, d'après un grand nombre d'observations, que, pour le corps strié, les hémorrhagies antérieures coïncident avec une dilacération du noyau caudé et de la substance blanche voisine. Une des artères lenticulo-striées est brisée dans sa partie inférieure dans les hémorrhagies moyennes et alors le foyer ovalaire, du volume d'une noix siége entre la couche grise de l'insula et le noyau lenticulaire. Si la rupture a lieu dans leur partie supérieure, le foyer occupe la capsule interne qu'il sectionne, et le sang fuse dans le centre ovale ; d'où les vastes foyers sanguins ou hémorrhagies de ce nom. La rupture d'une branche des artères lenticulo-optiques produit les hémorrhagies postérieures. L'oblitération de ces artères produit des ramollissements analogues.

Dans la couche optique, les principaux foyers hémorrha-

giques siégent à la partie postérieure et dans son étage supérieur, le *tegumentum cruris*. Or, on sait que les artères postérieures externes, nées de la cérébrale postérieure lorsqu'elle contourne le pédoncule, montent perpendiculairement dans ce noyau et se distribuent à la partie postérieure de la couche optique. Leur rupture rend donc exactement compte de ces hémorrhagies, de même que le siége des ramollissements est expliqué par l'oblitération de ces vaisseaux.

Les hémorrhagies des parois ventriculaires et celles des ventricules même, résultant de la rupture de ces parois, sont aussi expliquées anatomiquement, ainsi que celles des régions verticales des hémisphères. La distribution géographique des artères cérébrales peut ainsi expliquer les localisations physiologiques du cerveau, comme l'oblitération de certains troncs, dont la distribution répond à des groupes distincts de circonvolutions, explique les ramollissements qui s'y rencontrent; celui de la troisième circonvolution frontale, siége de la parole, explique ainsi l'aphasie. Ceux du lobe occipital, toujours incomplets et disposés en îlots, correspondent à la richesse anastomotique de l'artère cérébrale postérieure.

De même des hémorrhagies et des ramollissements de la protubérance, du cervelet et du bulbe. La vascularisation des nerfs crâniens, du nerf optique en particulier, rend aussi compte de phénomènes pathologiques intéressants. La congestion cérébrale est même expliquée par les arborisations de la pie-mère, les artères des circonvolutions et les réseaux capillaires de l'écorce grise notamment. (*Archives de physiol.*)

Localisation des facultés motrices. En contrôlant les expériences de Ferrier pour son cours de physiologie, M. le professeur Rouget (de Montpellier) s'est convaincu expérimentalement de la réalité de la plupart des faits avancés par Ferrier, Fritsch et Hitzig. Il a constaté ainsi que la mise à nu d'un des hémisphères cérébraux d'un cochon d'Inde donnait lieu à une attaque épileptique ; — qu'il y avait un centre moteur pour les mouvements de mastication (lapin), pour les pattes, surtout les antérieures (lapin). Chez les chats et les chiens, on obtient les mêmes effets en se servant d'un

courant plus faible que chez le lapin. En ce qui concerne les courants dérivés, il ne conteste pas leur réalité, mais il estime qu'ils sont loin d'avoir toute l'influence qu'on leur attribue. Si l'on excite le centre moteur des mâchoires, on obtient des mouvements des mâchoires ; si l'on s'écarte de ce centre, on n'a plus rien. L'excitation du lobe médian du cervelet diffère selon que l'on agit à la partie postérieure ou à la partie antérieure. M. Rouget croit que la suppléance des lobes cérébraux reste la même et ne regarde pas les arguments invoqués par Carville et Duret comme incontestables. Il ne pense pas non plus que les ganglions moteurs puissent entrer d'eux-mêmes en action s'ils sont en dehors des parties sensitives de l'écorce cérébrale. L'anatomie pathologique montre aussi qu'une lésion de la queue du corps strié n'amène pas une abolition des mouvements. A son avis, les travaux de Ferrier méritent d'être le point de départ de travaux plus approfondis.

Quant à savoir si c'est la substance blanche qui est excitable, M. Rouget l'admet par induction en se fondant sur l'existence d'une couche de substance blanche, composée de fibres, à la surface de la substance grise. Il s'en est convaincu en étudiant le développement d'une vésicule cérébrale chez les animaux et en particulier chez les oiseaux. D'ailleurs, chez l'homme adulte, la structure de la corne d'Ammon offre une disposition semblable ; elle est formée de deux couches de substance blanche, l'une interne, l'autre externe. Il résulte de l'existence de ces fibres que, en excitant la surface du cerveau, on obtient des phénomènes qui peuvent différer de ceux de l'excitation de la substance grise elle-même.

M. Chauveau, ayant vu expérimenter Ferrier, partage le même avis et pense que l'on doit écarter l'argument tiré de la diffusion des courants, car elle se réduit à rien ou à peu près si l'on a recours à des courants minima, comme l'a fait M. Rouget. (*Soc. de biol.*, avril.)

Des expériences faites sur cinq chiens éthérisés, par une commission de la Société de névrologie de New-York, semblent confirmer les localisations admises par Hitzig (*New-York med. Journ.*, mars). Mais ces résultats, dit M. Danlos, ne paraissent pas ressortir aussi nettement qu'à leurs auteurs. La solution reste d'autant plus indécise que Soltmann

n'a obtenu aucun mouvement sur des chiens nouveau-nés, tandis qu'ils se manifestaient du neuvième au onzième jour de la naissance. L'étendue et la forme des zones corticales motrices ont varié suivant l'âge des chiens mis en expérience. (*Centralblatt*, n° 14.)

Action sur les battements du cœur. Pour se rendre compte expérimentalement de l'influence qu'exerce l'excitation de la partie antérieure du cerveau sur la fréquence des battements du cœur, M. Lépine coupe le pneumogastrique gauche, par exemple, sur un chien curarisé ; puis il découvre la partie antérieure des hémisphères cérébraux et excite chacun d'eux avec un courant de même intensité. L'excitation de l'hémisphère droit ne donne aucun effet appréciable ; celle de l'hémisphère gauche produit, avec un courant un peu fort, un ralentissement des battements et une diminution de la hauteur des pulsations. (*Soc. de biol.*, 31 juillet.)

Action sur la rate. Un chien de forte taille, curarisé et soumis de même à la respiration artificielle, fut mis à cet effet en expérience par M. Bochefontaine. Des canules avaient été placées dans chacun des conduits de Wharton et le nerf lingual gauche coupé au-dessus du filet qu'il envoie à la glande sous-maxillaire.

Toute la partie antérieure du lobe cérébral étant mise à découvert, on fait à la paroi abdominale gauche une large incision qui permet d'observer la plus grande partie de la rate par sa grosse extrémité ou extrémité interne, dont la longueur est de 7 à 8 centimètres. On constate que l'organe est lisse, élastique, rouge un peu foncé, et que ses bords sont arrondis ; en un mot, il ne parait pas contracté.

On excite alors la partie moyenne de la circonvolution du cerveau située en avant du sillon crucial, avec l'appareil magnéto-électrique ; la bobine au fil induit est à 10 centimètres du point de départ, c'est-à-dire que le courant est relativement faible. L'application du courant dure quelques secondes à peine : on voit la rate se contracter, devenir rose, finement grenue à sa surface, dure, en même temps qu'elle diminue d'épaisseur. La diminution du diamètre

antéro-postérieur de la grosse extrémité de la rate est d'un centimètre et demi.

On laisse la rate reprendre son aspect normal et ses premières dimensions apparentes, puis on recommence l'expérience en faradisant la circonvolution cérébrale en arrière du sillon crucial. On obtient le même résultat que dans la première excitation.

On prend le bout central du nerf sciatique sur un fil et l'on attend que la rate soit revenue à son volume primitif. On faradise alors le bout central du nerf sciatique et l'on constate une contraction de la rate manifeste, mais moins forte que celle qui résulte de l'excitation du cerveau. La contraction n'augmente pas quand on faradise le nerf avec le maximum du courant de l'appareil.

On laisse de nouveau l'animal en repos, et, quand la rate est revenue à son état normal, on électrise la circonvolution frontale, soit en avant, soit en arrière du sillon crucial, la bobine au fil induit étant à 10 centimètres du point de départ. On obtient le même résultat que dans les premières expériences, c'est-à-dire une contraction nette de la rate.

Chacune de ces excitations du cerveau a produit, en outre, une dilatation passagère de la pupille du côté correspondant, le seul examiné. En même temps, l'encéphale projeté au dehors et faisant hernie à travers l'ouverture du crâne, le sang coulait par la plaie et, l'animal commençant à revenir de la curarisation, il y avait des mouvements de diverses parties du corps, ainsi que des efforts respiratoires. On n'a pas observé alors de modification dans la sécrétion des glandes sous-maxillaires, bien que ce résultat ait lieu souvent; mais il y a eu hypersécrétion de la glande sous-maxillaire du côté droit, quand on a promené l'excitateur sur le lobe olfactif gauche. Il faut noter que du côté où le lingual est coupé, la sécrétion n'a pas augmenté d'une manière appréciable.

En résumé, le point capital de cette expérience est la contraction de la rate causée par la faradisation de l'écorce grise du cerveau dans certaines régions dont l'excitation détermine des phénomènes si variés. Or, ce fait, qu'une même excitation, portant sur une même partie de l'encéphale, provoque des manifestations physiologiques si différentes, telles que mouvements musculaires, sécrétions glan

dulaires, contraction de la rate, etc., un tel fait paraît en contradiction avec l'hypothèse d'après laquelle ces régions cérébrales seraient des centres volontaires.

D'un autre côté, il ne faut pas oublier que la contraction de la rate est produite par la faradisation du bout central du nerf sciatique. On sait encore que la même excitation du bout supérieur du vago-sympathique au cou fait également contracter la rate, au moins aussi énergiquement que l'excitation électrique du cerveau. Ces faits n'indiquent-ils pas que l'excitation faradique de l'écorce grise du cerveau est transmise, par voie réflexe, à l'appareil splénique, comme l'excitation portée sur le bout central du sciatique ou du pneumogastrique, ou sur toute autre partie sensible du corps? (*Idem.*)

Contusion du cerveau. A la prétention des Anglo-Germains qui ont cru avoir découvert par l'expérimentation la faculté motrice des membres dans la substance grise des hémisphères, un fait clinique vient de donner un éclatant démenti et confirmer de nouveau la doctrine française (voy. *année* 1874). Un homme, sans connaissance et gisant dans le sang, est ramassé sur la voie publique et apporté à l'Hôtel-Dieu. A la visite, trois ou quatre heures après, M. le professeur Richet le trouve ramassé, ratatiné sur lui-même, comprenant bien les questions, mais répondant avec impatience. Hébétude et somnolence, maussaderie, irritabilité, impatience, sont tout ce qu'on observe. Hyperesthésie manifeste au toucher et à la piqûre de la peau, sans trace de paralysie, ni de contracture. *Les mouvements sont aussi libres que chez les sujets bien portants.* Une saillie marquée de la région temporale, un écoulement de sang par l'oreille droite et les narines, des ecchymoses, de l'œdème indiquent pourtant de graves lésions cérébrales.

Ce n'est que le troisième jour que des accidents violents de méningo-encéphalite éclatent, auxquels le blessé succombe le lendemain.

Outre une fracture de la portion écailleuse du temporal droit et du rocher avec décollement et déchirure de la dure-mère, et épanchements sanguins dessous, il y a contusion profonde de la corne sphénoïdale droite et transformation de la substance grise en une bouillie d'un rouge

brun, couleur de lie de vin, mélange informe de matière cérébrale, de vaisseaux déchirés et de sang épanché. Cette contusion s'étend jusqu'au centre ovale, dont les bords sont sablés de points hémorrhagiques. A gauche, épanchement de sang entre la masse encéphalique et la dure-mère, épanchement considérable, étalé en nappe, sur les parties latérales des lobes antérieurs qu'il recouvre par une pellicule assez épaisse et diamétralement opposé au point qui a été frappé. C'est là un bel exemple de contusion indirecte, laquelle ne peut s'expliquer autrement que par un déplacement de la totalité de l'encéphale qui, frappé dans un point, vient heurter en un autre point la surface interne du crâne.

Outre l'intérêt de ce fait, prouvant bien, comme Dupuytren l'avait dit et enseigné, que la contusion du cerveau n'est caractérisée au début par aucun symptôme, contrairement à ce qu'ont soutenu depuis tous les auteurs sur ce sujet, M. Fano excepté, il se montre encore en parfaite concordance avec la doctrine physiologique française. Conformément aux expériences de Longet et de Mehée de la Touche, démontrant qu'une perte de substance de la superficie du cerveau, même assez considérable, est insuffisante pour produire l'abolition du mouvement et du sentiment et l'insensibilité de la partie corticale aux excitants physiques et chimiques, sa blessure ne doit donner lieu ni à de la contracture, ni à des convulsions, ni à de la paralysie, comme ce fait en est une preuve évidente. (*Courrier méd.*, n° 2.)

Signes ophthalmoscopiques. Quand un sujet, tombé sur la tête, a perdu connaissance et semble paralysé, M. Bouchut emploie l'ophthalmoscope pour savoir si ce n'est là qu'un étourdissement passager dû à la commotion du cerveau, ou s'il y a contusion de la substance nerveuse et compression consécutive par un épanchement séreux ou sanguin.

Dans le premier cas, le nerf optique conserve sa forme, sa netteté et ses couleurs habituelles; les veines rétiniennes et la rétine ne présentent aucune modification.

Dans la contusion du cerveau, au contraire, compliquée ou non d'inflammation, d'épanchement ou de fracture, le nerf optique et la rétine offrent des altérations sensibles. Le

nerf optique est gonflé, comme aplati, d'un rose uniforme, parfois plus vasculaire, ses contours sont moins nets et il est le siége d'une suffusion séreuse, partielle ou générale, qui s'étend à la rétine voisine sous forme de teinte opaline transparente qui voile plus ou moins le bord pupillaire.

Les artères diminuent parfois de volume, si la suffusion a gagné la gaîne du nerf optique. Les veines rétiniennes, plus ou moins dilatées, indiquent, par la gêne de leur circulation, un état semblable dans la circulation du crâne. (*Acad. des sciences*, juillet.)

Convulsions partielles coïncidant avec des lésions locales. Gowers relate les trois cas suivants observés par lui. Dans le premier, des convulsions unilatérales ont débuté par les deux muscles frontaux en gagnant de là tout le côté gauche du corps, chez un albuminurique de huit ans et demi. L'autopsie montra un vieux caillot, gros comme une noix, au-dessus du ventricule latéral droit, dans la circonvolution de la substance blanche du corps calleux. Un ramollissement, s'étendant irrégulièrement jusqu'à la surface de cette circonvolution et intéressant la substance grise, s'étendait jusqu'à la jonction des parois supérieures et latérales du corps strié à 4 millimètres environ de celle-ci.

Des convulsions débutant dans la main gauche et dues à une thrombose des veines du lobe frontal gauche, ont caractérisé le second cas. Un vieux caillot décoloré et dégénéré fut rencontré dans le sinus longitudinal supérieur sans l'obstruer et ne se prolongeait que dans une veine latérale venant de la surface du lobe frontal. Pas d'hypérémie des circonvolutions, mais, à droite et en avant surtout, il y a des veines oblitérées par des caillots de coloration différente et la pie-mère, très-congestionnée, forme même des extravasations; la substance grise sous-jacente est aussi plus congestionnée que du côté opposé, sans ramollissement. Presque toute la première et la troisième circonvolutions frontales droite sont comme recouvertes d'une bande hypérémique qui s'arrête à 3 centimètres en avant de l'extrémité antérieure du lobe frontal.

Des attaques convulsives, précédées d'un aura au poignet gauche et se montrant à droite à la suite d'un vésicatoire local, ont présenté comme cause, à l'autopsie, une tumeur

gliomateuse, comme une noix, dans la substance blanche de l'hémisphère gauche, au-dessus du milieu du ventricule latéral avec le corps calleux. C'est une substance molle, vasculaire, rougeâtre et légèrement transparente avec deux petites masses calcaires, inégales, comme une fève, au centre; ses limites intérieures, bien marquées, vont jusqu'à la substance grise du corps calleux très-amincie; la partie supérieure de la circonvolution qui touche à la fente du corps calleux était ramollie notablement. La couche de substance blanche formant le plancher de la tumeur et le plafond du ventricule latéral était très-amincie. (*British med. journal*, septembre 1874.)

CHAMPIGNONS. *Les Champignons*, par C. Cooke, sous la direction de J. Berkeley; un volume in-8°, de 275 pages, avec 110 figures dans le texte, formant le XV[e] de la *Bibliothèque scientifique internationale*; librairie *Germer Baillière.*

Ouvrage essentiellement scientifique et technique donnant une véritable idée de l'importance du sujet et des points multiples auxquels il se rattache. Il ne s'agit pas seulement ici des champignons comestibles et toxiques, visibles à l'œil nu, mais de toutes ces productions cryptogamiques, de ces moisissures variées et infinies que le microscope seul découvre sur le corps des animaux et des végétaux où ils vivent en parasites, le plus souvent à leur préjudice, en les tourmentant, les détruisant et les empoisonnant. Ce n'est pas seulement comme comestibles qu'ils sont dangereux pour l'homme, leurs sporules flottant constamment en nombre considérable dans l'air, peuvent, en se déposant sur son corps, sur ses plaies surtout, et en étant entraînés dans les voies respiratoires, donner lieu à des maladies parasitaires graves, à des épidémies. Beaucoup de fièvres, surtout celles qui se manifestent pas un exanthème cutané, la rougeole et la scarlatine notamment, ont été attribuées à l'action d'un champignon microscopique se développant dans le sang. La diarrhée, la dysenterie, le choléra, ont été également attribués à leur existence, à cause des sporules ou des moississures trouvées dans les vomissements et les selles des malades. Et quand il est reconnu que des maladies de la bouche, comme le muguet de la gorge, comme la diphthérie, des oreilles, de la peau et surtout du cuir chevelu

comme la teigne, sont constituées par des champignons divers, on voit de quel intérêt est leur étude dans la pathologie humaine.

Elle n'est pas moindre dans la pathologie comparée. Si l'instinct des animaux les prémunit mieux que l'ignorance de l'homme contre les effets toxiques des champignons, ils sont bien plus exposés à en être atteints, à en devenir le support par leur exposition directe et continuelle au grand air et surtout leur malpropreté. La moindre attention suffit à constater que les spores des champignons se fixent et se développent avec une préférence marquée sur toutes les substances putrides ou corrompues, notamment les plaies. De là l'indication de les mettre à l'abri du contact de l'air. Et comme elles s'y trouvent exposées en permanence, surtout chez les animaux inférieurs, les insectes et la mouche commune en particulier en sont ordinairement atteints, principalement dans les pays chauds. La maladie des vers à soie est un champignon qui tue l'insecte vivant. D'où l'extrême diffusion dans l'air de ces sporules par ces myriades d'insectes qui les sèment à profusion en s'y agitant.

Ils exercent une influence encore plus destructive sur les plantes, même vivantes, dont ils font leur proie. La nourriture de l'homme et celle des animaux domestiques en est ainsi diminuée, sinon altérée, d'où résultent les plus terribles maladies. La rouille des herbes, la nielle et l'ergot des blés ainsi que celle du houblon sont des champignons et l'on sait les maladies graves qu'ils provoquent chez l'homme et les animaux qui en font usage. L'orge n'est pas plus épargné que le maïs et le riz par l'*Ustilago*. La maladie de la pomme de terre n'est qu'un champignon qui s'attaque aussi aux laitues, aux épinards, aux oignons et autres légumes analogues placés dans leur voisinage. Le chou, le céleri, les haricots, les pois, ne sont pas davantage exempts des ravages de ces parasites malfaisants dont le jardinier constate les tristes effets sans en connaître la cause le plus souvent.

Les arbres à fruits et les fruits eux-mêmes n'échappent pas à leur action destructive. L'*oïdium*, qui détruit la vigne, est aussi un champignon. Les plantations de coton dans l'Inde y sont exposées comme les oliviers et les orangers dans le midi de l'Europe. Certaines essences de bois, les

arbres résineux en particulier, en sont attaqués et déformés et il n'est pas jusqu'aux fleurs les plus belles comme les plus précieuses qui n'en reçoivent de cruelles atteintes et même la mort.

Ce sont là de terribles ennemis de l'homme. Directement, quand il en mange par inadvertance, en détruisant ses aliments naturels et en causant ou en aggravant certaines maladies; indirectement, en détériorant ou en détruisant en partie la nourriture des animaux et en s'établissant en parasites sur quelques espèces aussi bien qu'en hâtant la destruction du bois et en imprégnant le sol.

Extraites au courant de la plume du chapitre X sur l'*influence et les effets des champignons*, ces données suffisent à montrer l'intérêt et l'utilité de ce livre. Il est surtout rendu instructif et pratique par les exemples authentiques que son auteur, esprit positif et savant, sait toujours choisir et placer à propos à l'appui de ses assertions. Il n'en hasarde aucune. Malgré quelques probabilités de la formation spontanée des champignons, il reste ainsi panspermiste en raison des sporules constatés dans l'air ambiant. C'est d'ailleurs dans le rôle du mycologiste plus que de tout autre savant. Ne tenant compte de la théorie et de l'hypothèse que pour ce qu'elles valent, il les combat et les repousse quand elles sont sans preuves et ne s'en tient qu'aux faits observés et démontrés authentiquement.

Mais ces qualités ne rendent pas l'ouvrage plus attrayant ni compréhensible pour les gens du monde et les étudiants auxquels l'auteur le destine dans sa préface. Ils n'en sauraient guère tirer profit que pour le bilan des vérités acquises qu'il dresse sur l'habitat, la culture et la distribution géographique des champignons, leur récolte et leur conservation, leurs usages aussi bien que sur leur influence. Les belles gravures qui l'ornent n'en facilitent guère l'intelligence et les discussions approfondies sur leur nature animale ou végétale, leur structure, leur affinité avec les lichens, leur reproduction sexuée, leur polymorphisme, leur phosphorescence, leur classification, ne peuvent être intelligibles que pour les savants. Et cela d'autant plus que l'exposition, la division et le style laissent à désirer. Ce n'est pas l'œuvre d'un vulgarisateur, mais celle d'un savant qui sacrifie souvent la clarté et la précision à la science. Quoique écrit

en bon français, on sent que c'est l'œuvre d'un étranger. La phrase en est souvent embarrassée. Il y a de nombreuses et fréquentes répétitions. Nous craignons que, malgré son mérite, la profondeur de ce livre nuise à sa vulgarisation.

CHARBON. La *Musca vomitaria* n'en serait pas l'agent de propagation, d'après M. Mégnin, car cette mouche ne hante que les corps morts et jamais les vivants. Les expériences de MM. Davaine et Raimbert avec cette mouche sont donc sans valeur. Mais il en est d'autres, à trompe rigide et pénétrante, comme les *stomoxes*, *simulies*, *glossines*, qui, hantant les uns et les autres, peuvent bien être les agents de la transmission du charbon. (*Acad. des sciences*, décembre 1874.)

Mycose intestinale. Observée comme la lésion anatomique caractéristique chez deux hommes morts du charbon, à l'hôpital Augusta de Berlin. L'un était employé au chemin de fer à défaire du vieux crin animal des coussins de wagons et l'autre, garçon d'amphithéâtre, ayant des crevasses à la main gauche, avait transporté les pièces anatomiques et recousu le cadavre du précédent; sept jours après, il était indisposé et succombait de même.

Outre les bactéridies rencontrées dans le sang, les parois de l'estomac étaient tuméfiées; dans le premier cas, la muqueuse avait un aspect gélatineux, tremblotant, et était gangrenée sur un point. Dans le second cas, il y avait en outre, gonflement de toute la muqueuse intestinale y compris les follicules. Quelques valvules étaient marquées par des points jaunâtres, avec une auréole rouge ou noirâtre; foyers hémorrhagiques surtout au commencement du jéjunum ainsi qu'au niveau du côlon ascendant. Tels sont les caractères auxquels Virchow reconnut aussitôt l'affection charbonneuse. — Voy. Mycose, 1874.

Iode. Contrôlant les expériences de M. Davaine sur ce sujet (voy. *année* 1874), mais sans se conformer à son *modus faciendi*, M. le professeur Colin (d'Alfort), a inoculé une goutte de sang charbonneux par trois piqûres à l'oreille d'un lapin, en injectant immédiatement après, dans le tissu cellulaire sous-cutané, une solution iodurée de 2 milli-

grammes d'iode; puis il l'a portée à 4 milligrammes et diminué ensuite la dose du virus en inoculant seulement une dilution au centième. Et, dans ces trois cas, les animaux sont morts aussi vite que ceux qui n'avaient pas reçu d'iode par comparaison, en présentant de même toutes les lésions viscérales et l'altération spéciale du sang propres à l'infection charbonneuse. Le sang de ces lapins s'est montré de même virulent, tandis que l'injection d'iode seule n'a produit aucune incommodité.

Enfin, pour que l'absorption du sang charbonneux ne durât pas plus que celle de l'iode, beaucoup plus rapide, et ne pût être ainsi soupçonnée d'agir consécutivement, M. Colin a retranché l'oreille inoculée dix minutes après l'inoculation. Le lapin est mort comme les précédents. (*Acad. de méd.*, janvier.)

L'iode, au sein de l'économie animale, ne neutralise donc pas le virus charbonneux comme dans l'éprouvette, car c'est en les mêlant dans celle-ci à des doses précises et en injectant ensuite le mélange que M. Davaine avait réussi. Il fallait donc répéter d'abord cette expérience. On pouvait même, en se plaçant au même point de vue que M. Colin, opérer ce mélange dans l'économie animale, c'est-à-dire sur une plaie ouverte et absorbante, afin de juger si la neutralisation du virus se faisait là comme dans l'éprouvette. En limitant ainsi le champ de l'absorption, le résultat ne serait-il pas plus concluant que les précédentes expériences, toutes différentes de celles de M. Davaine et ne pouvant les infirmer.

M. Bouley leur fait une autre objection, c'est que les virus, comme les ferments, répullulent avec une rapidité prodigieuse dès qu'ils se trouvent dans un milieu favorable comme l'organisme; tandis que les agents médicamenteux, au contraire, et l'iode en particulier, s'en échappent très-rapidement dès qu'ils sont mêlés au sang. L'iode est reconnaissable dans la salive, quelques minutes après son absorption. Ce n'est donc que par des injections successives et d'heure en heure, comme M. Cézard et d'autres observateurs l'ont fait avec succès, que l'on peut compter sur son action. Il faudrait aussi l'administrer à l'intérieur par la voie gastrique et en inhalations pour neutraliser le virus.

C'est ce que M. le docteur Raimbert a fait avec succès

dans trois cas de pustule maligne et d'œdème malin qui ne sont, comme on sait, qu'une des variétés du charbon sur l'homme ; les bactéridies, suivant M. Davaine, constituant le virus charbonneux. Le premier concerne un cultivateur qui, ayant perdu plusieurs moutons du sang de rate, fut frappé d'un œdème malin de la face. La sérosité des vésicules contenait des bactéries. La cautérisation avec le feu et le sublimé, dans une étendue de 4 à 6 centimètres, n'ayant pas arrêté les progrès de l'engorgement et le pouls devenu très-fréquent, inégal, mou, dépressible, avec assoupissement du malade, indiquant la marche croissante de l'infection, des injections hypodermiques d'eau phéniquée au cinquantième furent pratiquées sur toute la joue, de la tempe à la mâchoire inférieure, et renouvelées dix à douze fois. Les symptômes s'amendèrent presque immédiatement, et, en continuant ce traitement les deux jours suivants, le malade guérit.

II. Pustule maligne de l'annulaire gauche chez un cultivateur ayant soigné une vache morte du charbon. Le sang s'était desséché sur une écorchure du doigt atteint. Trois jours après, la pustule survint. Cautérisation avec la potasse caustique, puis avec le fer rouge, sans résultat. Tout le bras était envahi par une enflure dure et blanche. Malgré plusieurs incisions, le gonflement augmentait et s'étendait jusqu'à l'épaule et le côté gauche de la poitrine, lorsque M. Raimbert fut appelé en consultation. Les phénomènes généraux étaient très-graves. Cinquante injections phéniquées furent immédiatement pratiquées sous la peau du bras, et, dès le lendemain celui-ci était diminué. La tuméfaction s'étendant sur la poitrine fut poursuivie par le même moyen et, en quelques jours, la guérison était obtenue, malgré les accidents locaux des piqûres.

III. Une marchande de peau de moutons, enceinte de sept mois, présentait une pustule maligne sur la pommette droite avec présence des bactéridies. L'extirpation de l'eschare suivie de l'application de poudre de sublimé n'empêcha pas le gonflement. Quatre injections d'une solution iodée au 500e furent pratiquées sur la joue, au niveau de la mâchoire inférieure, et renouvelées les deux jours suivants. Le sixième, la tuméfaction avait diminué partout et était presque dissipée le lendemain, sinon autour de l'es-

chare. L'état général était satisfaisant, lorsque des douleurs amenèrent l'avortement et une perte abondante qui détermina la mort le onzième jour après le début des accidents.

Ces trois faits, joints à celui de M. Cézard, doivent donc encourager l'emploi des injections antivirulentes d'iode ou d'acide phénique, mais poursuivies et renouvelées comme le demande M. Bouley. Sur sa demande, M. Rongier, vétérinaire à Murat, fit cet essai sur une vache de huit ans présentant un emphysème sur la moitié droite du thorax. Il injecta aussitôt une solution de 10 grammes de teinture d'iode iodurée dans un litre d'eau, en cinq points différents au pourtour du mal; 10 grammes furent donnés à l'intérieur. Aucune amélioration; deux heures après, une nouvelle tumeur existait sur la région rénale. Trois nouvelles injections y sont pratiquées et répétées d'heure en heure; 15 grammes de teinture d'iode dans un litre d'eau sont donnés à l'intérieur. Le lendemain, la vache était guérie et au pacage avec les autres.

Quoiqu'un essai subséquent n'ait pas confirmé celui-ci, il n'en est pas moins digne d'attention. Que l'on argue que ce ne sont pas là des faits de charbon dont le diagnostic est souvent difficile, ou que l'on objecte que les caustiques, dont l'expérience a proclamé l'efficacité, ont été employés incidemment, il n'en reste pas moins cet enseignement que les injections hypodermiques antivirulentes doivent être employées. (*Idem* et *Gaz. hebd.*, n° 25 et suivants.)

Encouragé sans doute par le succès relaté par l'infortuné Cézard, M. Carrey-Labache, jeune vétérinaire comme lui, a soumis cinq animaux de race bovine, atteints de charbon, à l'usage interne de la solution iodée. La pratique n'a pas confirmé ici la théorie ni l'expérimentation : les cinq animaux sont morts. L'iode n'est donc pas un antidote certain des affections charbonneuses comme tendaient à le faire admettre les expériences de M. Davaine. Nouvelle preuve que ce n'est pas avec des expériences sur des grenouilles, des cabiais et des lapins que l'on peut faire des découvertes applicables à l'homme et aux autres grands animaux domestiques.

Acide phénique. Employé en injections hypodermiques *loco dolenti* et à l'intérieur, par le docteur Méplain, chez une

enfant de cinq ans, cinq heures environ après qu'elle venait d'être piquée à la jambe par une grosse mouche, et dont le gonflement œdémateux avait déjà envahi le dos du pied et la jambe au-dessous du genou. Taches rouges au point piqué avec une auréole de 2 centimètres environ, violacée, résistante; pas de vésicules.

Dès les premières injections, l'œdème ralentit son extension qui monta néanmoins jusqu'à l'hypogastre. La fièvre, le délire, l'accablement, persistèrent jusqu'au troisième jour. Soixante-trois injections contenant 1gr,26 d'acide phénique avaient été pratiquées et 1gr,50 avait été pris en potion. Huit jours après, la petite malade était guérie. (*Idem*, n° 33.)

CHIRURGIE. *Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon,* par A. D. Valette, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole médicale de Lyon; un volume in-8° de 720 pages avec de nombreuses figures intercalées dans le texte ; Paris et Lyon.

Œuvre essentiellement pratique basée sur l'exercice de la chirurgie dans les hôpitaux de Lyon pendant vingt-sept ans, dont seize d'enseignement clinique. Elle se compose de quarante-six leçons sur des sujets divers et même disparates formant comme un faisceau de faits, d'observations remarquables et aussi intéressantes par les moyens mis en usage que par les succès dont ils ont été suivis. La relation en est claire, simple, concise, remplie des détails pratiques puisés au lit même du blessé ou de l'opéré. Etre pratique, voilà sans cesse le programme de l'auteur et auquel il ramène ses élèves. Il ne s'en écarte par quelques courtes digressions historiques, théoriques et critiques que pour le besoin de sa démonstration. Au lieu de raisonnements, ce sont ici les faits, les exemples, qui servent à conclure. Les théories, les doctrines sont mises de côté, si ce n'est celle du danger de l'exposition des plaies à l'air libre ; danger révélé par l'innocuité des sections tendineuses et musculaires sous-cutanées, confirmé ensuite par de nombreux exemples et expliqué depuis par les expériences de M. Pasteur sur la panspermie et la fermentation.

De là évidemment la préférence accordée par l'auteur aux caustiques sur l'instrument tranchant, toutes les fois que cela est possible. Si, pour conjurer le même danger,

d'autres chirurgiens ont perfectionné surtout la méthode sous-cutanée, remplacé l'instrument tranchant par l'écraseur, la ligature élastique, le galvano-cautère et recouru à l'occlusion des plaies avec l'acide phénique, l'iode, le perchlorure de fer, le collodion, la ouate, pour les mettre à l'abri du contact immédiat de l'air, la tradition de l'Ecole lyonnaise voulait que ce fût surtout aux caustiques que l'on recourût. Inaugurée par Pouteau, rajeunie et perfectionnée par Bonnet, la méthode des caustiques est devenue en effet l'un des titres distinctifs de la chirurgie lyonnaise. L'un de ses plus distingués représentants ne pouvait se soustraire à la continuer. Ainsi s'est fondée l'École de Lyon. Outre la valeur et le mérite de ses représentants, c'est en s'appuyant fidèlement les uns sur les autres, en continuant les traditions et en les perfectionnant de génération en génération depuis plus d'un siècle, en dermatologie, en syphiliographie comme en chirurgie, qu'ils ont réussi à la constituer solidement et à la rendre si célèbre. En disciple fervent et dévoué, M. Valette y a concouru pour une large part. C'est ce qui donne à son livre le cachet d'originalité qui le distingue des *cliniques* contemporaines et en fait un véritable ouvrage lyonnais.

Il commence, en effet, par une galerie historique des principaux chirurgiens lyonnais avec l'éloge du concours qui les a mis en évidence, puis la défense de l'éther contre le chloroforme, comme pour justifier la chirurgie lyonnaise du choix exclusif qu'elle en a fait. Quoique parfaitement connus, ces détails étaient une *introduction* nécessaire pour initier les élèves aux distinctions scolaires. Le professeur se complaît dans ces détails rétrospectifs. Les deux leçons suivantes sur le *traitement local des plaies et leur cicatrisation* ne sont elles-mêmes qu'une *Préface* justificative de l'emploi des caustiques que l'auteur va constamment préconiser ensuite. Par cette histoire des divers modes d'occlusion des plaies et des topiques employés, qui sont souvent une application, avant la lettre pour ainsi dire, des doctrines de M. Pasteur et dont le bandage ouaté est le dernier terme, l'auteur a montré toute l'importance qu'il attache aux pansements des plaies. Ils ont, dit-il, la plus grande influence sur le résultat de l'opération. C'était aussi l'avis de Velpeau et de Malgaigne.

G.

Dans l'érysipèle traumatique, l'auteur badigeonne la surface avec le perchlorure de fer, en même temps qu'il le donne à l'intérieur, et réussit ainsi à l'enrayer. Il en recouvre de même les surfaces cruentées, surtout quand l'hémorrhagie est à craindre ; mais en distinguant bien, dans sa sixième leçon, que l'hémorrhagie intermittente est surtout justiciable du sulfate de quinine.

Deux leçons consacrées aux varices mettent hors de doute que l'on peut les guérir radicalement par les injections iodo-tanniques sans accident ni complication. Des faits authentiques le démontrent. Le danger de la phlébite, toujours invoqué par les timides, même avec le chloral, est ainsi mis de côté. Il est moins redoutable, assurément, que celui qui résulte d'un travail forcé dans la station ou par la marche chez les malheureux atteints de ces paquets ou de ces ulcères variqueux énormes pour lesquels seuls une guérison radicale doive être tentée. D'ailleurs, c'est là encore une conquête purement lyonnaise, à laquelle M. Valette ne pouvait manquer de s'associer comme plus pratique que la ligature et l'excision remises en honneur aujourd'hui. — Voy. Varices.

Mais ce n'est encore là que l'*avant-propos* de l'œuvre vraiment originale du professeur lyonnais. Celle-ci ne débute qu'à la neuvième leçon par l'histoire de la cautérisation et des principaux caustiques avec la démonstration de leur innocuité. Après la description des pinces caustiques formées de deux branches concaves dans lesquelles est placé le chlorure de zinc, instrument et caustique favoris de l'auteur, son livre est, jusqu'à la vingt-huitième, une revue clinique continue de leurs applications curieuses et intéressantes. En même temps que M. Chassaignac, à Paris, inventait l'écraseur linéaire et pratiquait les opérations les plus sanglantes avec cet instrument pour éviter l'issue du sang et l'action immédiate de l'air sur la plaie, c'est-à-dire l'infection purulente, la septicémie, les mêmes efforts étaient faits à Lyon par M. Valette avec les pinces, les ligatures et les sétons caustiques. Tumeurs hémorrhoïdaires, chute du rectum, inversion et polypes de l'utérus, sarcocèle, varicocèle et hématocèle, hygroma, goître cystique, kyste de l'ovaire même, enchondrome, abcès froids, anthrax, tumeurs érectiles, grenouillette, y étaient tour à tour soumis et, il faut

bien le constater, le plus souvent avec succès. L'histoire clinique de ces opérations, toujours délicates, souvent redoutables, avec la description du manuel opératoire et des modifications instrumentales, forment cette suite ininterrompue de vingt leçons. C'est la partie capitale du livre, l'avoir chirurgical de son auteur. Des observations types sont rapportées pour ou contre à l'appui et permettent ainsi de juger de la valeur de ces moyens et de leurs avantages sur ceux qu'ils remplacent, comme l'excision de l'hygroma, les injections iodées dans le goître, etc., condamnés par de fatals exemples mis en regard. Une supériorité réelle leur est ainsi assignée pour la guérison radicale des hémorrhoïdes, des varices, du goître, des hernies, lorsqu'ils constituent de véritables infirmités. Reste à décider si, par par leur emploi habituel et fréquent, le chirurgien lyonnais n'a pas acquis cette habileté personnelle qui fait le succès de tous les spécialistes et, à plus forte raison, de ceux qui emploient habituellement une méthode, un procédé, un médicament ou un instrument particulier.

Sauf l'*immobilisation*, hautement recommandée dans les leçons sur les entorses, les tumeurs blanches et les fractures, le reste du livre n'a plus rien qui se rapporte directement à la tradition lyonnaise. Deux fourchettes opposées, remplaçant les griffes de Malgaigne et employées avec la gutta-percha contre la fracture de la rotule, ont donné des résultats remarquables. Un petit compresseur ingénieux s'est montré aussi efficace contre les hémorrhagies secondaires. Les leçons sur les rétrécissements et les fistules urinaires mettent aussi l'utilité de l'uréthrotomie externe en évidence.

En résumé, c'est là un bel et bon livre, écrit avec bonne foi et impartialité. Il ne sera pas seulement utile aux élèves par les détails classiques qu'il contient, mais surtout aux praticiens, par son caractère pratique, les ressources chirurgicales et les divers instruments qu'il fait connaître. Il se lit avec intérêt en raison même de ces histoires cliniques détachées qu'il contient en grand nombre avec les remarques qu'elles suggèrent et se distingue par là des publications actuelles dont la plupart sont souvent de la science la plus abstraite.

Histoire de la chirurgie française au XIXe siècle ; étude historique et critique sur les progrès faits en chirurgie et dans les sciences qui s'y rapportent, depuis la suppression de l'Académie royale de chirurgie jusqu'à l'époque actuelle ; par le docteur Jules Rochard, directeur du service de santé de la marine, lauréat de l'Académie de médecine, membre correspondant de la Société de chirurgie ; un vol. in-8, de XVI-800 pages. Paris.

Divisée en quatre périodes, cette histoire comprend, dans la première, tous les faits de la période révolutionnaire et de l'Empire jusqu'à la Restauration ; la seconde est personnifiée dans Dupuytren ; la troisième, toute de transition, va jusqu'à la découverte des anesthésiques qui caractérise la dernière. Pour chacune de ces périodes, l'auteur retrace, dans autant de chapitres séparés, le mouvement scientifique de l'époque, les progrès accomplis et le tableau ou l'esquisse des personnalités qui y ont le plus contribué. Une galerie de portraits, sobrement peints, mais d'une grande ressemblance d'ensemble et de détails comme de leurs œuvres et de leurs travaux.

La chirurgia di bambini (La chirurgie des enfants), par le docteur César Fumagalli, chirurgien du Grand hôpital de Milan. Un vol. gr. in-8, de 536 pages. Milan. Exposé élémentaire, très-élémentaire même, des opérations qui se pratiquent sur les enfants, sans observations ni remarques pratiques de l'auteur par lesquelles se distinguent surtout nos ouvrages français de Guersant et Giraldès sur la matière. Celui-ci n'est guère qu'une énumération brève des connaissances acquises sur la fréquence et la nature de ces lésions, avec leurs symptômes les plus saillants et les moyens les plus employés pour les combattre. Ce sont plutôt des annotations historiques, recueillies dans les principaux auteurs avec l'indication des travaux italiens et étrangers, qu'un traité. On y trouve des indications, des renseignements qui ne dispensent pas de recourir aux sources pour s'éclairer plus complétement. C'est un cicerone plutôt qu'un auteur.

CHLORAL. *Action.* C'est un hypnotique et non un anesthésique, dit M. Cl. Bernard, s'appuyant en cela sur sa dif-

férence d'action avec le chloroforme. On sait en effet qu'un animal, une personne, narcotisés avec l'opium ou la morphine, sont rendus par ce fait beaucoup plus sensibles à l'action anesthésique de celui-ci. C'est un fait suggéré par l'expérimentation et hautement confirmé par la clinique. Si donc le chloral, introduit dans la circulation, se dédouble en chloroforme en présence des alcalis du sang, comme il se dédouble dans un verre à expérience contenant ces alcalis, il doit agir comme le chloroforme en présence de l'opium ou de la morphine. Or, c'est tout le contraire. Le chloral, administré après ces deux narcotiques, augmente l'état de sommeil, l'effet hypnotique est plus considérable, mais l'excitabilité produite par l'opium n'est pas éteinte par le chloral comme par le chloroforme et l'animal ne tombe pas dans cette résolution musculaire qui en fait une masse inerte et incapable de la plus légère réaction.

Au contraire, en combinant les effets du chloral avec ceux du chloroforme, l'habile expérimentateur a obtenu les mêmes phénomènes qu'avec la morphine. Un animal chloralé, soumis à l'inhalation chloroformique, ne se comporte pas comme un animal déjà chloroformisé auquel on donne encore du chloroforme, mais comme un sujet préalablement morphiné que l'on anesthésie. La sensibilité que le chloral laisse persister disparaît complétement dès les premières inhalations de chloroforme et il en faut très-peu pour produire cet effet, absolument comme chez les animaux morphinés. Il joue donc bien le même rôle que la morphine. (*Leçons sur les anesthésiques*, 1875.)

Ces faits sont en contradiction avec l'anesthésie profonde et prolongée obtenue par l'injection du chloral dans les veines aussi bien que par son administration à un ivrogne, narcotisé par l'opium, et qui amena une telle insensibilité que l'amputation de la jambe put être pratiquée sans douleur (voy. *année* 1874). A moins d'invoquer l'anesthésie alcoolique, on ne peut guère expliquer cette insensibilité que par une action anesthésique, bien que les succès obtenus par M. Forné s'accordent parfaitement avec l'expérimentation de M. Cl. Bernard (voy. Anesthésie). Mais le refroidissement opiniâtre et la diminution des battements du cœur, observés par des chirurgiens à la suite de l'emploi anesthésique du chloral, montrent qu'il ne faut y recourir

qu'avec prudence et se rappeler l'interprétation donnée par M. Tanret de son absorption. — Voy. *année* 1874.

Action sur la température de l'oreille externe. D'après les observations du docteur Mendel, l'administration du chloral et de la morphine abaisse d'une façon extraordinaire et jusqu'à un degré centigrade la température du conduit auditif externe, tandis que celle du rectum, qui y correspond à peu près exactement dans l'état normal aussi bien que pendant les attaques apoplectiformes ou épileptiques, n'en est nullement influencée. D'où il semble résulter que dans les empoisonnements par le chloral et la morphine, sinon par tous les narcotiques, la température du cerveau est au-dessous de la normale, malgré l'aspect rouge et congestionné de la face, contre-indication d'appliquer des vessies de glace sur la tête, comme on le fait généralement. — Voy. Oreille.

Caléfaction. L'abus de l'emploi et des doses du chloral a amené de nombreux accidents et même la mort. En Angleterre surtout, où c'est une habitude nationale de prendre des médicaments sans ordonnance ni prescription, les accidents ont été si nombreux qu'ils ont particulièrement fixé l'attention. L'abaissement considérable de la température a ainsi été remarqué dans le sommeil comateux qui suit l'absorption de trop hautes doses. Le docteur Brunton admet que cette déperdition plus grande du calorique est produite par la réplétion des vaisseaux cutanés, c'est-à-dire leur atonie, autant que par le défaut d'action musculaire, diminuant toujours la production du calorique.

Quoi qu'il en soit, ayant enveloppé d'ouate un animal qu'il a cherché a empoisonner ensuite par le chloral, M. Brunton a observé qu'il résistait ainsi à des doses mortelles lorsqu'il est immédiatement exposé à l'air ambiant. L'action toxique du chloral cesse même rapidement si l'on plonge l'animal empoisonné dans un bain chaud.

C'est donc là un enseignement précieux pour la thérapeutique. Dans le traitement des accidents chloraliens, le malade doit tout d'abord être placé dans un lit bien chaud avec bouteilles, briques chaudes, absolument comme dans les accidents cholériques. La région du cœur est surtout le lieu d'élection pour cette application de la chaleur. La

respiration artificielle doit même être entretenue au besoin.

Faradisation. Après avoir pris environ 5 grammes de chloral d'un seul coup et pour la première fois, un homme ressentit une légère pesanteur de tête, perdit connaissance et tomba dans le coma le plus profond, face pâle, stertor, aucun mouvement spontané, pupilles très-rétrécies, respiration inégale, pouls petit, irrégulier, 108, ventre peu soulevé pendant l'inspiration (parésie du diaphragme), extrémités froides, cyanosées, température rectale à 36°,2. La première impression est celle d'un ictus apoplectique par lésion cérébrale en foyer ; l'atrésie pupillaire fait repousser ce diagnostic, la température rectale éloigne l'idée d'un coma épileptique.

Mais l'état du malade empirait, le refroidissement augmentait, la température descendit jusqu'à 30°,6. L'électrisation faradique sur la colonne ne donna rien, la respiration artificielle parut faire un peu moins mal, mais ce fut l'électrisation du nerf phrénique qui ramena la vie ; un pôle était placé sur le nerf phrénique, l'autre promené sur les insertions diaphragmatiques. (*Gaz. hebd.*, p. 82.)

Usage externe. Un ozène datant de dix ans, chez une jeune fille traitée sans succès par les injections de tannin, de phénol, d'eau d'Enghien, de sublimé, de coaltar, etc., fut guéri rapidement par M. Créquy avec des injections d'une solution de 2 grammes de chloral dans 250 d'eau. Il se contente simplement d'un tube de caoutchouc, d'un mètre de long, dont une extrémité plonge dans un vase, l'autre est introduite dans le nez ; il suffit d'élever le vase pour obtenir un siphon qui fait pénétrer l'injection dans la narine pour ressortir par l'autre. L'olive nasale de M. Léon Tripier assure le résultat.

Des solutions chloralées sont aussi employées avec avantage contre les ulcères, les plaies par décubitus des typhiques, après la chute de l'escharre. Des injections au centième suffisent ; plus concentrées, elles sont douloureuses et sans profit. M. Marc Sée en fait la base de ses pansements antiseptiques. — Voy. *ce mot.*

Lavements. 3 à 4 grammes de chloral s'émulsionnent très-bien avec un jaune d'œuf et un verre de lait. M. Dujardin-Beaumetz en a été très-satisfait dans son service de la Maternité.

3 grammes, additionnés de quatre à cinq gouttes de laudanum, étaient pris sans douleur chaque soir et procuraient un bon sommeil, lorsqu'en voulant y substituer un suppositoire composé de 3 grammes de chloral avec autant de blanc de baleine et 2 grammes de beurre de cacao, une vive douleur locale en résulta, s'irradiant dans l'urèthre et le col de la vessie, suivie d'irritation et d'insomnie. Les lavements sont donc préférables. (*Soc. de thérap.*, avril.)

Acide urochloralique. L'administration du chloral à la dose de 4 à 5 grammes par jour donne lieu, d'après les recherches de MM. Musculus et de Mernie, à une réaction acide très-prononcée de l'urine et une déviation de 5 à 6 degrés. Traitée par divers réactifs, cette urine a laissé mettre à nu un acide qu'ils proposent d'appeler *urochloralique* et dont ils ont pu former des sels. Il se présente sous forme de cristaux étoilés et est composé de chloral combiné avec une substance organique. Loin de s'éliminer en nature ou de se décomposer dans l'organisme, il se combine donc comme l'acide benzoïque. (*Acad. des sc.*, 12 avril.)

CHLOROFORME. *Altération spontanée.* Il est des cas où le chloroforme, débarrassé de substances étrangères, devient promptement impropre aux usages chirurgicaux ; c'est lorsqu'il se décompose spontanément en acide chlorhydrique et en acide formique, dédoublement qui n'a pas encore été signalé, et qui se produit surtout lorsque le chloroforme renferme une petite quantité d'eau et qu'il est exposé pendant longtemps à l'action de la lumière du jour, à celle de la chaleur.

Cette altération, constatée bien des fois par M. Jaillard dans ses visites des pharmacies de la circonscription d'Alger, se reconnaît aisément de la manière suivante :

On prend une certaine quantité du liquide anesthésique, on l'agite dans un flacon avec la moitié de son volume d'eau distillée, on enlève ensuite celle-ci avec une pipette, puis n la traite par le nitrate d'argent. Donne-t-elle lieu à un

précipité blanc, caillebotté, insoluble dans l'acide azotique, même bouillant, et soluble dans l'ammoniaque, c'est là une preuve qu'elle renferme de l'acide chlorhydrique.

On la jette ensuite sur un filtre, de manière à la débarrasser du chlorure d'argent qu'elle a fourni, puis on la soumet à l'ébullition, après l'avoir additionnée d'un excès du réactif argentique. Remarque-t-on que ce dernier se décompose en formant un précipité noir d'argent métallique, on en conclut qu'elle contient de l'acide formique.

L'existence de ces deux acides rend l'application du chloroforme excessivement dangereuse; il est important d'en débarrasser cet anesthésique. Pour cela, on le lave soigneusement avec une solution potassique, puis, après l'avoir décanté, on le distille sur du chlorure de calcium. (*Recueil de méd. et pharm. milit.*)

Mode d'administration interne. L'action piquante et caustique que le chloroforme exerce sur les muqueuses buccales empêche de l'administrer à l'intérieur à l'état naturel, et oblige le médecin qui veut en faire prendre à son malade, à le lui présenter, ou renfermé dans une capsule gélatineuse ou suspendu dans un julep gommeux.

Comme la préparation de la potion chloroformée offre des difficultés sérieuses de manipulation, on a recommandé bien des moyens pour en faciliter la réussite.

M. Jaillard conseille de verser simplement la quantité de chloroforme prescrite dans 100 ou 120 grammes de lait pur ou édulcoré, d'aromatiser par quelques gouttes d'eau de laurier-cerise, et d'agiter vivement.

Dans ce cas, le chloroforme se divise aisément en une infinité de globules tout à fait semblables aux globules gras qui existent dans le lait, et au milieu desquels il reste indéfiniment suspendu. (*Idem.*)

Antidote. Le docteur Schuller a découvert dans le nitrite d'amyle un agent qui fait promptement disparaître les effets du chloroforme sur les vaisseaux de la pie-mère. Même dans le cas de narcotisme arrivé à sa période la plus absolue, le nitrite d'amyle arrête la suffocation, provoque le retour de la respiration normale, rend au pouls sa vigueur et rétablit presque instantanément une excitabilité

réflexe. Cette découverte, si elle a la valeur pratique qui semble découler de la théorie, serait fort utile et d'un puissant secours dans une foule de cas où l'on emploie le chloroforme. (*The Doctor*.)

Action antifermentescible. Plus actif que l'arsenic, il empêche le développement des ferments organisés dans les liquides fermentescibles que l'arsenic suspend seulement; mais il est impuissant à arrêter la fermentation chimique, ce qui permet d'inférer qu'elle ne résulte pas également de la production d'organismes, mais d'une simple réaction chimique. — Voy. FERMENTS.

CHORÉE. Combattant la théorie de l'embolisme sur le terrain même où elle est née, le docteur Dickinson a relaté devant la *Royal med. and chir. Society*, les résultats de 7 autopsies de choréiques, dont 5 enfants et 2 adultes. Les lésions ont été constantes dans leur nature et leur siége. Elles consistent en troubles vasculaires, injection générale, surtout artérielle, et c'est toujours autour des artères qu'il y a exsudation ou hémorrhagie. Leur siége est à la fois le cerveau et la moelle, mais celle-ci surtout. Ordinairement symétriques, elles sont ainsi contradictoires avec la théorie de l'embolisme, dont il n'a pas trouvé trace dans les plus petites artères. Quant aux lésions cardiaques, il les rapporte directement à la diathèse rhumatismale dont la chorée n'est qu'une manifestation.

M. Broadbent passe volontiers condamnation sur l'embolisme, que l'on ne peut démontrer dans beaucoup de cas; mais M. Hughlings-Jackson le maintient énergiquement. Il trouve même que les lésions signalées se rapprochent du ramollissement rouge obtenu par Prévost et Cottard à l'aide des injections de grains de tabac. Il les localise surtout dans le corps strié, ainsi que M. Broadbent. La persistance de la chorée, chez le chien, après la section de la moelle au-dessus du membre choréique, selon l'expérience de M. Chauveau, n'est guère en faveur de la localisation. (*Lancet*, 16 octobre, et *Lyon médical*, n° 45.)

On reste donc, malgré ces nouveaux faits anatomo-pathologiques, dans la plus grande incertitude sur la cause

réelle de la chorée. Elle est multiple, sans doute, et c'est pourquoi tant d'auteurs s'en disputent chacun une part.

Ésérine. De l'emploi de cet alcaloïde chez 437 enfants, M. Bouchut a observé qu'il diminue la contractilité musculaire et augmente la contractilité des petits vaisseaux. Il arrête les mouvements pendant la durée de son action, et peu à peu les modère dans l'intervalle, de façon à guérir cette maladie en dix jours en moyenne. Son action est plus sûre en injections hypodermiques, 3 à 5 milligrammes par injection répétée trois ou quatre fois par jour. Les effets observés sont : pâleur, resserrement du pouls, quelquefois ralenti, malaise, plaintes, angoisse épigastrique, gastralgie, nausées, sputation de matières filantes, quelquefois vomissements bilieux ; la température n'est pas modifiée. A la dose indiquée, ni coliques, ni diarrhée, ni convulsions, ni tremblement. Par l'estomac, l'ésérine n'a pas d'action sur la pupille. (*Bull. thérap.*, avril.)

Répétées par M. Cadet de Gassicourt, ces tentatives n'ont pas confirmé de tels résultats. Les effets physiologiques observés ont été la rougeur de la face et du tronc, hyperesthésie, vomissements glaireux, convulsions du diaphragme, spasme de la glotte, paresse consécutive du diaphragme, sialorrhée plus ou moins abondante, sueurs profuses.

Dans tous les cas, la maladie a suivi sa marche naturelle sans être influencée sensiblement par ce traitement. Après soixante et quatre-vingts jours de traitement, trente-cinq dans un cas de récidive, les malades n'étaient que presque guéris. (*Soc. de thérap.*, juillet.)

Électro-puncture. Après beaucoup d'autres physiologistes, M. Vulpian a constaté que la faradisation directe des ventricules et l'application d'un courant induit ou continu d'intensité moyenne, appliqués directement sur ceux du chien en expérience, suspendent et arrêtent définitivement les mouvements du cœur après en avoir produit le trouble, des tremblements, des soubresauts. M. Ranvier avait constaté cet arrêt sur la grenouille et Panum sur le chien dès 1858, ainsi que Sigmund Mayer tout récemment sur le chien et le chat. La faradisation directe des oreillettes, tout en leur communiquant des tremblotements irréguliers qui se pro-

pagent aux ventricules, n'arrête pas leurs battements ; à peine l'électrisation a-t-elle cessé, que leurs contractions rhythmiques se rétablissent dans l'ensemble du cœur. (*Soc. de biol.*, décembre 1874.)

S'il fallait juger du chien à l'homme, l'électro-puncture du cœur devrait être bannie de la thérapeutique, chez celui-ci, comme un moyen des plus dangereux. Heureusement cette induction est contredite par ce qui se passe sur d'autres animaux. Loin de produire l'arrêt du cœur, la faradisation directe ou l'électro-puncture chez le cochon d'Inde ranime immédiatement les mouvements du cœur prêts à s'éteindre sous l'influence de la syncope, comme l'a observé M. Laborde. Et comme l'électro-puncturè ne s'emploie jamais sur l'homme dans les mêmes conditions où elle amène l'arrêt du cœur chez le chien et la grenouille, c'est-à-dire après en avoir violemment et profondément troublé l'action et l'avoir épuisée pour ainsi dire, les résultats de ces expériences ne sont pas une contre-indication à son emploi dans les cas de syncope ou de mort apparente comme elle a déjà été employée avec succès. L'arrêt fonctionnel existe alors et s'est produit spontanément, et l'on conçoit qu'en intervenant avec une excitation puissante, on obtienne le rétablissement des battements, comme des exemples le prouvent. On obtient le même effet chez le chien même, en le plaçant dans des conditions analogues. (*Tribune méd.*, n° 335.)

Ces nouvelles expériences ne font donc que confirmer ce que l'on savait déjà : c'est que la plus grande circonspection est indispensable dans l'emploi de la farado-puncture du cœur. C'est là un moyen extrême sans doute dont il ne faut pas s'exagérer les dangers par ces nouvelles expériences. En s'éloignant des conditions où on l'applique chez l'homme, elles ne peuvent être d'aucune utilité pour son emploi thérapeutique.

Pulvérisations d'éther. M. Perroud (de Lyon) en a obtenu les bons effets observés par le docteur Lubelski. Elles se font le long du rachis avec tous les appareils pulvérisateurs et en particulier ceux de Richardson et de Marinier. Chaque séance a une durée de quatre à huit minutes. Au début du traitement, on fait trois séances par jour, puis on les diminue graduellement jusqu'à deux.

La glace produit le même effet. On promène un morceau de glace le long de la colonne vertébrale pendant cinq minutes, ou en appliquant des vessies remplies de glace selon la méthode du docteur Chapmann (de Londres).

Ces deux moyens agiraient par leur action réfrigérante révulsive sur le point excito-moteur des centres nerveux. (*Bull. de thérap.*)

Hémichorée post-hémiplégique. De même que l'on voit se développer l'hémiplégie à la suite de mouvements choréïques survenus brusquement dans les membres d'un seul côté du corps, le contraire s'observe dans des cas absolument identiques. M. le docteur Weir Mitchell (de Philadelphie) a distingué ainsi et classé le premier, sous le nom de *post-paralytic chorea*, les convulsions choréiformes qui se manifestent chez les hémiplégiques du côté paralysé alors que les mouvements sont revenus en partie. Des observations faites et relatées, il résulte que ces troubles sont le plus souvent limités à la main et peuvent ne consister que dans une simple maladresse du toucher et la préhension des objets. Mais ordinairement, ce sont de véritables mouvements choréiformes involontaires. Ils se rencontrent surtout chez les enfants et les jeunes adultes. D'où M. Mitchell induit que les phénomènes choréiformes généralisés, que l'on observe parfois chez les nouveau-nés, peuvent être la suite et la conséquence de paralysies intra-utérines du fœtus guéries complétement ou en partie au moment de la naissance.

La conclusion logique de ces faits, c'est que les lésions qui déterminent une paralysie peuvent aussi déterminer sinon une chorée, du moins des mouvements convulsifs qui y ressemblent. Dans la seule autopsie pratiquée chez un homme de quarante-sept ans, l'auteur trouva, outre l'athérome des vaisseaux de l'encéphale, des points de ramollissement dans le corps strié et le pédoncule cérébral. C'est donc là un siége précis, spécial, qu'il sera intéressant de comparer avec les observations ultérieures. (*Amer. journ. of med. sciences*, octobre 1874.)

Pour M. le professeur Charcot qui, dès 1872, s'était occupé de ce sujet dans ses *Leçons cliniques* et qui y est revenu à propos de cette publication, la condition nécessaire de la production de l'hémichorée après une hémiplégie

causée par une hémorrhagie ou un ramollissement partiel du cerveau, c'est qu'ils affectent un siége particulier, fixe, bien différent du siége très-varié qu'occupent les foyers producteurs de l'hémiplégie vulgaire. C'est ainsi que sur un nombre considérable de faits relatifs à ces lésions, recueillis à la Salpêtrière depuis une douzaine d'années, il n'a rencontré que 5 ou 6 cas d'hémichorée consécutive. Cette rareté, d'accord avec l'observation de M. Mitchell, indique en effet des conditions toutes spéciales qu'il est important de rechercher.

Voici l'un de ces faits. Il s'agissait d'une femme de cinquante et un ans, qui a été frappée d'apoplexie dix ans auparavant. Revenue à elle, elle présentait une hémiplégie avec flaccidité complète du côté droit. Pendant six mois, il y eut aphasie par impossibilité à prononcer les mots et contracture des doigts de la main droite. Alors les mouvements sont revenus graduellement dans le membre inférieur droit. La malade recommençait à marcher tant bien que mal, lorsque les mouvements du membre supérieur correspondant, bien que redevenus possibles et assez étendus, ont été gênés bientôt par un tremblement qui n'a pas cessé depuis lors et a été observé pendant cinq années par M. Charcot à la Salpêtrière.

Tout ce côté droit est frappé d'une hémianesthésie de la face, du tronc et des membres avec obnubilation des sens : l'ouïe, le goût, l'odorat et la vue. Le contact d'un corps froid est plus vivement senti à gauche qu'à droite. Le chatouillement, l'introduction d'un corps étranger dans la narine droite, ne produit à peu près aucune réaction. L'analgésie de ce côté est si prononcée que l'on peut introduire profondément et brutalement une grosse épingle dans ces parties sans que la malade manifeste la moindre souffrance.

Les membres n'offrent ni atrophie, ni contracture, ni déformation quelconque. Tant que la malade est tranquille, que les membres sont au repos, aucun désordre moteur ne se manifeste. Mais une agitation choréiforme a lieu dès qu'il s'agit d'exécuter des mouvements intentionnels. Dans l'acte de porter un verre à la bouche, le bras est saisi aussitôt de mouvements rhythmiques très-étendus et tels que l'eau du verre serait violemment projetée de toutes

parts si l'on ne surveillait la malade ou si elle ne les modérait en s'aidant de la main gauche.

Ces mouvements désordonnés se rapprochent sans doute du tremblement de la sclérose en plaques et de la trémulation qui apparaît dans l'hémiplégie vulgaire quand les faisceaux latéraux de la moelle sont atteints de sclérose ; mais un caractère les distingue foncièrement : c'est l'*instabilité des membres affectés*, qu'il importe de mettre en évidence. Ils sont, en effet, animés de petits mouvements involontaires, analogues à ceux qui se voient dans la chorée ordinaire. Au membre inférieur au repos, la rotule est soulevée incessamment d'une façon rhythmique par la contraction brusque et involontaire des muscles antérieurs de la cuisse. Le pied est également porté tour à tour, malgré la volonté de la malade, dans l'adduction et l'abduction, dans la flexion et l'extension. La main ne peut davantage rester tranquille appliquée le long du corps. Elle est constamment agitée de secousses brusques et inattendues, en même temps que les doigts s'étendent ou se fléchissent sans motif.

Dans des cas analogues, mais encore plus accentués, ces mouvements involontaires très-étendus constituent une agitation permanente qui se rapproche complétement de la chorée. L'hémianesthésie elle-même, constatée il y a longtemps par M. le docteur Moynier, dans la chorée vulgaire, en rapproche encore ce phénomène. Si ce n'est pas ici la chorée proprement dite, la vulgaire danse de Saint-Guy, il s'agit donc bien de mouvements choréiformes.

A l'autopsie de trois malades comme celui-là, dont l'hémichorée, siégeant du même côté et datant de plusieurs années, avait succédé à une hémiplégie marquée par un début brusque, apoplectique avec une hémianesthésie très-prononcée, M. Charcot trouva des cicatrices ocreuses, vestiges des foyers hémorrhagiques, dans une région à peu près toujours la même de l'hémisphère droit. Ce sont : l'extrémité postérieure de la couche optique, la partie la plus postérieure du noyau caudé, dont les trois quarts antérieurs étaient indemnes, et la partie la plus postérieure du pied de la couronne rayonnante. Le tubercule quadrijumeau antérieur, correspondant au foyer ocreux, participait à l'altération dans deux cas.

Si l'hémianesthésie peut être rapportée à l'altération des faisceaux les plus postérieurs du pied de la couronne rayonnante, à quelle lésion rapporter l'hémichorée? On ne peut l'attribuer à celles de la couche optique ou du noyau lenticulaire qui, dans bien des cas, se sont montrés atteints des lésions les plus diverses sans la moindre trace de mouvements choréiques. On ne peut donc les incriminer. M. Charcot suppose qu'à côté et sans doute en avant des fibres qui, dans la couche rayonnante, servent de voie aux impressions sensitives, il est des faisceaux de fibres douées de propriétés motrices particulières dont l'altération déterminerait l'hémichorée. Mais ce n'est là qu'une hypothèse propre à diriger les recherches des observateurs.

Mais l'hémichorée n'est pas toujours liée à la présence de foyers cérébraux. Elle survient aussi à la suite de cet état mal connu appelé atrophie partielle du cerveau par Cottard. Elle se rencontre surtout chez les jeunes enfants et une hémiplégie incurable, le plus souvent, en est la conséquence ordinaire. Or une hémichorée en tout semblable à la précédente y succède parfois et persiste pendant toute la vie. C'est de celle-là sans doute dont parle M. Mitchell et dont M. Charcot cite deux exemples en observation à la Salpêtrière.

Dans l'un, il s'agit d'une fille de dix-huit ans qui, après avoir eu des convulsions en nourrice, en fut retirée à quatre ans et demi, étant paralysée des membres du côté droit, avec accès d'épilepsie. Grâce aux soins qu'elle reçut, elle prit des forces et put marcher et se servir du bras droit, après quelques mois. Mais la main de ce côté fut bientôt prise de tremblement dans les mouvements volontaires et, à sept ans, des mouvements choréiformes se manifestèrent en dehors de tout acte volontaire. Ils ont toujours persisté depuis, mais sans anesthésie du côté atteint; c'en est la distinction.

Gr..., âgé de vingt-neuf ans, a eu des convulsions épileptiformes dès l'âge de huit mois, qui ont été suivies d'une hémiplégie gauche persistante, ainsi que les attaques d'épilepsie. Les membres du côté droit sont un peu plus faibles et plus grêles que ceux du côté opposé, mais sans contracture ni anesthésie. Ils sont sans cesse agités de mouvements choréiformes auxquels la face ne participe pas et

qui s'exagèrent par l'accomplissement des actes intentionnels.

Ce sont surtout des faits de ce genre que M. Mitchell a rapportés, et l'on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'ils ne soient tout différents des précédents. Cliniquement, l'hémianesthésie les distingue, quoiqu'elle se rencontre parfois d'une manière permanente à la suite de l'atrophie partielle du cerveau datant de la première enfance.

Elle s'observe au contraire habituellement dans l'hémichorée primitive ou *præ-hémiplégique* débutant brusquement à la suite d'un choc apoplectique et bientôt suivie d'une hémiplégie plus ou moins complète. M. Charcot n'a observé que trois cas de ce genre et a trouvé, dans l'unique autopsie faite, un foyer hémorrhagique, comme une petite noix, distendant la couche optique dans sa moitié postérieure. Une hémiplégie complète, absolue, avait remplacé l'hémichorée trois jours après le début. Ces faits paraissent donc du même ordre que le premier, aussi bien au point de vue clinique que dans les rapports anatomo-pathologiques.

Il ne faut pas confondre toutefois cette hémichorée primitive, subite, assez rare, avec celle qui se produit d'une manière lente et progressive en conséquence du développement de certaines néoplasies dans la profondeur d'un hémisphère. Celle-ci, assez fréquente, n'est pas précédée ni suivie ordinairement d'hémiplégie, mais elle peut s'accompagner d'hémianesthésie. C'est ainsi que chez une femme de soixante ans, souffrant de douleurs vagues dans tout le membre supérieur droit, depuis une quinzaine d'années, un tremblement choréiforme s'en est emparé depuis 1869, coïncidemment avec des crises épileptiformes mal déterminées. Ce tremblement est permanent et s'exagère dans les mouvements intentionnels. Il se rapproche ainsi beaucoup plus des agitations de la chorée que du tremblement de la paralysie agitante et du tremblement sénile. Une hémianesthésie totale avec participation des sens spéciaux a été observée du côté droit en 1874, mais a disparu depuis, excepté au membre supérieur frappé de mouvements choréiformes.

De grandes analogies extérieures rapprochent ainsi ces hémichorées symptomatiques des lésions grossières de l'encéphale de la chorée ordinaire. Celle-ci, comme celles-là,

peut rester temporairement limitée à un côté du corps, s'accompagner d'hémianesthésie, être suivie ou précédée d'hémiplégie, etc., etc. Séparées radicalement, quant au point de vue nosographique, elles pourraient donc bien se rapprocher par leur siége anatomique. S'il était déterminé avec précision pour les hémichorées symptomatiques, on pourrait chercher du moins dans cette région les altérations délicates d'où dérivent les symptômes de la chorée ordinaire. (*Progrès méd.*, n°s 4 et 6.)

Chorée électrique. On désigne ainsi en Italie une forme spéciale de myélite caractérisée par des phénomènes convulsifs étranges, choréiques, décrits par Dubini, le premier, et qui lui ont fait donner son nom. Pignacca lui a consacré ensuite une monographie. Elle est si rare que huit observations seulement en ont été recueillies depuis : cinq par Tommasi, consignées dans son compte rendu clinique de 1859-61 et trois autres par le docteur Dagna à l'hôpital de Pavie, dont deux avec autopsie. Un nouveau cas s'étant présenté au docteur Stefanini, il s'en empare pour démontrer la véritable nature de cette espèce nosologique. Le voici :

Un homme de vingt-cinq ans, marié depuis quelques mois, éprouve tout à coup, et sans cause appréciable, une pesanteur de l'épaule et du bras droit, avec un léger tremblement qui, en augmentant peu à peu, prend la forme de contractions intenses persistant cinq à six jours consécutifs jusqu'à ce qu'il tombe à terre privé de sentiment. Il se présente ainsi à l'hôpital, où il est admis le 29 mars, dans un état de force et de nutrition assez satisfaisant : toutes les fonctions s'exécutant normalement.

L'examen montre à gauche des contractions cloniques rhythmiques du sterno-cléido-mastoïdien, du trapèze et des faisceaux supérieurs du grand pectoral associées à d'autres moins fortes, cloniques et rhythmiques aussi du bras. Le cou est ainsi incliné et l'épaule soulevée rhythmiquement en haut et en avant. Ces contractions sont moins intenses pendant le sommeil. La sensibilité électrique des muscles atteints est seulement un peu moindre que ceux des muscles du côté opposé ; sensibilité normale à la chaleur et à la douleur.

Deux injections hypodermiques d'un milligramme d'atropine par jour jusqu'au 7 avril, n'ayant donné aucun résultat appréciable, un gramme de bromure de potassium est pris jusqu'au 7 sans que les contractions en soient diminuées sensiblement. La douche froide et le bromure de potassium associé à l'iodure sont administrés jusqu'au 16. Une amélioration s'ensuit, mais le malade ne peut tenir le cou droit et, dès le 18, les contractions s'étendent à tous les muscles fléchisseurs du bras et de l'avant-bras au point de ne pouvoir les ramener l'un sur l'autre.

Le 4 mai, la dose du bromure étant à 10 grammes et un d'iodure par jour, on note un sentiment de pesanteur à la tête, avec fourmillements dans l'épaule et le bras. Le 17, affaiblissement du membre inférieur gauche avec contractions cloniques des muscles internes de la cuisse et du mollet, le membre supérieur est paralysé et diminué de volume tout en présentant de légères et partielles secousses rhythmiques. Le 21, secousses rhythmiques du diaphragme et de l'avant-bras qui font appliquer des ventouses scarifiées le long de l'épine dorsale. La langue devient embarrassée, puis la parole impossible.

A partir du 30, le membre supérieur droit et les muscles de ce côté sont pris également de contractions ainsi que les pupilles. L'atrophie des muscles gauches est très-apparente le 1er juin, surtout dans le grand pectoral. Battements du cœur réguliers, intelligence intacte. Dans la soirée du 4, les contractions très-fortes s'étendent à tout le corps, les membres inférieurs en sont si agités qu'il faut fixer le malade sur son lit. Elles diminuent plus tard à mesure que la physionomie s'altère, les pupilles sont contractées et immobiles, la déglutition est impossible et la mort a lieu à onze heures.

Les observations physiques ont donné les résultats suivants :

	Température.	Pouls.	Urines.
28 mars. . . .	36°,6	65	Claires, acides, D. 1016.
25 mai.	38°,22	90	»
29 mai.	39°	»	»
31 mai.	39°	99	»
1er juin.	39°,2	99	»
	soir 39°,8	104	»
2 juin.	40°	120	Troubles, alcalines, D. 1032. Pas
	soir 41°	120	d'albumine, chlorures normaux.

	Température.	Pouls.	Urines.
3 juin	41°,2	120	Ammoniacales, D. 1032 ; mucus et cellules épithéliales au microscope ; phosphates ferreux abondants ; urée augmentée, pas d'albumine, chlorures normaux.
4 juin.	41°,8	120	
Une heure avant la mort.	44°	136	

Autopsie trente heures après la mort : atrophie des muscles du côté gauche comparés à leurs congénères. De 46 à droite, la circonférence de la cuisse gauche n'a que 42 centimètres et 24 au mollet, au lieu de 26 à droite. La circonférence du bras est de 20 à gauche au lieu de 23 à droite. Le grand pectoral et les trapèzes gauches sont atrophiés dans la même proportion.

Cerveau de consistance normale avec circonvolutions aplaties ; veines superficielles pleines de sang ; liquide blanc laiteux dans les espaces arachnoïdiens ; ventricules latéraux dilatés, atrophie des corps optiques et hypertrophie des corps striés.

Méninges spinales injectées tout le long de la moelle ; veines turgides au commencement de la queue de cheval. La consistance de la moelle, très-diminuée en divers points, présente un ramollissement manifeste d'un blanc jaunâtre, dans une étendue de 2 centimètres environ, près du gonflement cervical ; ramollissement que des coupes transversales, faites en différents points après durcissement dans le bichromate, montrent clairement avoir commencé dans la substance grise où il est bien circonscrit au centre et s'étendant d'ailleurs à la substance blanche. Le microscope révéla dans la moelle fraîche, puis durcie, des granules et des globules de graisse, des tubes nerveux granuleux, des cellules nerveuses à protoplasma obscur, des vaisseaux capillaires turgides et même variqueux.

En rapprochant ce fait de ceux de Pignacca, l'auteur montre qu'il s'agit bien de la chorée électrique, originaire de lésions de la moelle spinale analogues à celles du ramollissement inflammatoire, comme il l'avait reconnu. Mais pourquoi l'avoir placée alors dans les névroses qui manquent ordinairement de ces lésions anatomo-pathologiques, alors que celle-ci a tous les caractères d'une myélite ? Les symptômes en sont ainsi circonscrits à la région cervicale au début avec phénomènes d'irritation du grand rameau de

l'accessoire de Willis et s'étendant ensuite rapidement à tous les nerfs cervicaux, puis aux lombaires, sans signes bien marqués des nerfs dorsaux. Le ramollissement avancé des régions cervicales et lombaires de la moelle explique facilement les contractions, les fourmillements, la paralysie et l'atrophie des muscles correspondants. La haute température signalée par Brodie dans les lésions spinales et s'élevant ici jusqu'à 44° centigrades, est un autre critérium pour détruire toute idée de névrose aussi bien que les modifications urinaires. Il s'agit donc bien d'une myélite et non d'une chorée. Hoertel l'a ainsi appelée myélite convulsive et Tommasi la regarde comme une myélite à plaques. M. Jaccoud, sans se prononcer sur sa nature, rejette aussi le nom de chorée, et, comme Pignacca lui-même, a reconnu son siége dans la moelle. Il convient donc de la ranger parmi les myélites.

Ce n'est pas que la simple hypérémie spinale ne puisse produire la chorée électrique, et que l'épilepsie et les phénomènes cérébraux ne s'y joignent quand le processus inflammatoire envahit la moelle allongée et le cerveau. C'est ainsi que, dans l'un des cas du docteur Dagna, une petite fille de six ans, admise à l'hôpital le 3 août, succomba le 6 avec tous les symptômes de la chorée électrique. Un coup porté en arrière du cou deux jours auparavant, selon les uns, une grande frayeur pour d'autres, étaient les causes des mouvements convulsifs. Elle resta en supination sans connaissance et sans parole. Convulsions cloniques et rhythmiques des muscles de la face à gauche, marquées surtout à l'angle de la bouche, avec secousses rhythmiques des muscles maxillaires et auriculaires postérieurs, ainsi que des fléchisseurs communs des doigts, du bras et du pied gauches. Elles se renouvelaient régulières vingt fois par minute avec respiration à 32, pouls à 120, température à 39,7. Tous ces symptômes augmentèrent d'intensité jusqu'à la mort, comme dans le cas précédent. L'autopsie révéla une hypérémie considérable du crâne et des méninges avec un cerveau pesant 1220 grammes et toutes les lésions d'une méningo-encéphalite. (*Ann. univ. di medicina*, mars, et *Giorn. venete di sc. mediche*, mai.)

CIRRHOSE. Solowieff a constaté expérimentalement

qu'elle est le résultat de la thrombose de la veine porte, conformément à l'interprétation logique et physiologique de l'École française. Au lieu de lier directement le tronc de la veine porte des chiens, ce qui tue les animaux rapidement, il lie les veines afférentes : la mésentérique supérieure et les veines liénales, et obtient ainsi l'oblitération de la veine porte sans péritonite ni abcès métastatiques du foie et avec conservation de la vie pendant des semaines et des mois.

L'autopsie montre le foie diminué de volume, le tissu en est dur et aminci, il crie sous le couteau. Les veines sont remplies de thrombus sous forme de granulations, les artères sont libres; hypertrophie du tissu cellulaire. Tels sont les résultats de la thrombose de la veine porte sur la vitalité du foie. (*Arch. für. pathol. Anatomie und Physiol.*)

Tous les jours, la clinique confirme ces expériences. A l'autopsie de deux malades ayant succombé à cette maladie, le docteur Cervesato a constaté de même la thrombose de la veine porte à laquelle il est logique de rapporter la dégénérescence hépatique. (*Gazz. med. Venete*, décembre 1874.)

Dans la cirrhose sans ictère, la cellule hépatique ne paraît pas subir la dégénérescence graisseuse comme dans celui-ci. D'où M. Hayem conclut que c'est le contact de la bile, sécrétée par la cellule, qui détruit celle-ci. Proposition paradoxale, dit M. Ranvier, une sécrétion ne pouvant détruire la cellule qui l'a sécrétée. (*Soc. de biologie*, juillet.)

Urines sucrées alimentaires indiquant l'obstruction de la veine porte. Ce nouveau signe clinique a été découvert par M. le docteur Colrat et indiqué comme décelant l'imperméabilité du système de la veine porte et pouvant ainsi aider au diagnostic des maladies du foie. Fondé sur cette expérience comparative de M. Cl. Bernard qu'une solution sucrée, injectée dans la branche rectale de la veine porte, est retenue dans la circulation hépatique et n'apparaît pas dans les urines, tandis que, si la veine porte est liée préalablement, cette solution, ingérée dans le canal intestinal et absorbée par des voies intermédiaires sans passer par le foie, apparaît aussitôt dans les urines, il a pensé que la présence du sucre dans celle-ci, exclusivement après la digestion

d'aliments féculents ou amylacés, était une preuve de l'obstruction totale ou partielle de la veine porte. Et comme elle peut se réaliser dans certaines maladies du foie, la pyléphlébite et la cirrhose, par compression surtout, l'auteur a soumis deux malades, atteints de cette dernière, à l'épreuve suivante : l'urine du matin était recueillie alors que celle évacuée jusqu'à cinq heures après le dernier repas était jetée. Elle s'est toujours montrée négative par les réactifs ordinaires, tandis qu'en recueillant celle qui était rendue trois heures après le repas ou l'ingestion de matière sucrée : raisin, sirop de gomme ou de pointes d'asperges, elle était toujours sucrée. Un sujet sain nourri de la même manière ne présentait pas, au contraire, la réaction glycosurique. L'effet clinique étant le même dans les deux cas que dans les expériences, il était logique d'en conclure à la même cause, et c'est ce qu'a fait M. Colrat.

Une épreuve manque pourtant à l'appui de cette conclusion, c'est la trace anatomique de l'obstruction. Les deux cirrhotiques étant morts après de nombreuses épreuves, il n'est pas parlé, dans les lésions anatomo-pathologiques, de l'obstruction de la veine porte. Que le foie soit petit, granuleux, ratatiné, c'est bien ; mais il eût été possible, au microscope du moins, de suivre le trajet de la veine porte et de s'assurer de son calibre, de son imperméabilité. Que l'épreuve clinique, c'est-à-dire la quantité de glycose ait été en augmentant à mesure que l'affection hépatique progressait, ce n'est là qu'une preuve indirecte qui n'exclut ni ne remplace la preuve directe de l'obstruction. Pour soutenir solidement une thèse, il faut en rassembler toutes les preuves pour les mettre à l'abri de la contestation et du doute.

Si la glycosurie constatée dans ces conditions devient un signe d'obstruction partielle ou totale de la veine porte, son absence même, lorsque la cirrhose peut être soupçonnée, doit être un signe négatif d'une grande valeur. Chez un jeune ascitique de vingt-huit ans, alcoolique, une cirrhose ayant été soupçonnée, M. Colrat rejeta cette idée en se fondant sur l'absence d'urines sucrées après l'ingestion de matières féculentes et sucrées en grande quantité. L'autopsie lui donna raison en révélant une péritonite tuberculeuse. (*Lyon méd.*, n° 15.)

L'urine sucrée après les repas ou diabète alimentaire,

comme l'appelle M. Cl. Bernard, apparaît chez l'homme comme chez les animaux par le fait de l'obstruction de la veine porte. Ce symptôme peut ainsi fournir de sérieuses indications pour le diagnostic.

Varices œsophagiennes. Elles se sont rencontrées dans un cas où une cirrhose commençante était l'unique lésion appréciable concurremment avec des hémorrhoïdes. — Voy. Varices.

Cirrhose hypertrophique péri-lobulaire. Dans un cas où le foie était énorme, — il dépassait les côtes de douze travers de doigt quatre mois avant la mort, — chez un terrassier de trente-trois ans, alcoolique, sans autre cause appréciable qu'une chute sur le foie huit ans avant sa mort, cet organe pesait 2200 grammes à l'autopsie. Il avait diminué très-notablement de volume avec l'apparition de l'ascite seulement dans les deux mois qui ont précédé la mort.

L'autopsie, faite par M. Martineau à l'hôpital Beaujon, montra que les bandes de tissu conjonctif de nouvelle formation qui constituent la lésion caractéristique de cette espèce de cirrhose, étaient exclusivement péri-lobulaires et n'envoyaient aucun prolongement dans l'intérieur des lobules, tandis que, dans d'autres cas, notamment ceux étudiés par M. Hayem en 1874 (*Arch. de physiol.*, janvier), la lésion était disséminée dans l'intérieur de ces lobules aussi bien qu'à la périphérie.

M. Hanot a de même constaté cette sclérose intra et extra-lobulaire dans quatre cas d'hypertrophie considérable du foie, coïncidant, comme dans le précédent, avec l'hypertrophie de la rate, l'ictère chronique, peu ou pas d'ascite, peu ou point de saillie des veines sous-cutanées abdominales, longue durée de la maladie. Cet appareil ne ressemble donc guère à celui de la cirrhose atrophique ou classique de Laennec. Le développement exagéré des canalicules biliaires, en rapport avec le degré de sclérose et de l'hypertrophie, est une autre différence. Ils sont remplis et parfois obstrués de nouvelles cellules épithéliales, indiquant une sorte d'inflammation catarrhale. De là la production de l'ictère, bien que l'interruption du cours de la bile ne soit

pas complète, puisque les selles sont bilieuses. (*Progrès méd.*, n° 43.)

D'où une nouvelle variété pour M. Martineau. Évidemment, cette distinction est purement anatomique et n'influe en rien sur le traitement. C'est là un exemple de la tendance actuelle à diviser les espèces et les variétés morbides à l'infini sur la moindre différence. Et cependant il n'est pas deux cas qui se ressemblent absolument, pas plus dans les causes que dans les symptômes. Le défaut d'ascite dans celui-ci et son action sur la diminution du foie en sont des preuves. Pourquoi donc encombrer ainsi la nosologie de noms nouveaux?

Un cas observé par M. Gombault, à la Pitié, et diagnostiqué *cirrhose hypertrophique*, en offre l'inanité. C'est une femme de quarante-huit ans, alcoolique, présentant un foie des plus volumineux, sans bosselures. Il n'y a ni ascite, ni œdème, ni dilatation des veines hémorrhoïdales. Elle est gâteuse et comme hébétée. Morte deux mois et demi après son entrée, elle offre à l'autopsie un foie pesant 2575 grammes, avec tissu dur sur les coupes et tractus bleuâtre très-fin, fibreux entre les grains jaunes. La veine porte n'est ni turgide, ni dilatée. Pas de lésion appréciable dans le cerveau.

Etait-ce donc là une véritable cirrhose? M. Hayem ne le croit pas, car le caractère de la cirrhose hypertrophique est un état lisse du foie à la surface et sur les coupes, et une conservation absolue des cellules hépatiques. Il conclut donc plutôt à une congestion chronique du foie avec dégénérescence graisseuse, en raison de l'alcoolisme de la victime et des troubles nerveux qu'elle présentait. (*Soc. anatomique*, juin, et *Progrès médical*, n° 44.)

COEUR. *Arrêt symptomatique.* Sur une grenouille dont les intestins, mis à nu, sont le siége d'une vive inflammation, M. Tarkanoff, ayant mis le cœur à nu pour en observer les effets, a vu cet organe s'arrêter aussitôt qu'il touchait l'intestin enflammé. De cette action réflexe du grand sympathique sur le cœur, chez la grenouille, MM. Ranvier et Cornil ont aussitôt inféré que la mort subite par syncope dans la péritonite, la fièvre typhoïde, pouvait bien avoir la même cause, au moins dans certains cas. Cette explication

serait même plus satisfaisante, d'après M. Ollivier, que celle de la douleur, de la compression. On préfère ainsi l'expérimentation sur une grenouille à l'interprétation clinique. (*Soc. de biol.*, mars.)

Mais il a suffi d'étendre l'expérience aux mammifères pour ne plus voir les mêmes phénomènes se produire. Sur le chien, l'excitation alternative des extrémités périphériques des pneumogastriques a donné des effets tout différents sur le cœur. L'arrêt se produit sans amener la mort, car les battements reparaissent après que l'action est épuisée. (*Idem*, avril.)

Faradisation. En appliquant directement sur les ventricules d'un cœur de chien, mis à nu, les électrodes d'un appareil à courants interrompus, M. Vulpian les a vus saisis d'un fort tremblement musculaire, avec arrêt immédiat de la systole pendant sept à huit minutes, en allant en diminuant jusqu'à cessation complète de tout mouvement. Une nouvelle application est alors incapable de ranimer les battements, pas plus que la compression manuelle du cœur, ni la faradisation indirecte. Le même effet se produit également sur les oreillettes. D'où il conclut que la faradisation puncture du cœur chez l'homme, comme on l'a proposée dans la mort apparente, peut plutôt déterminer la mort réelle que ranimer les battements. (*Archives de physiologie*, 1874.)

Action de la quinine. Une injection hypodermique d'un sel de quinine à dose toxique, chez une grenouille dont le cœur a été mis à découvert, détermine des mouvements diastoliques plus étendus et plus complets de cet organe. Ils prédominent en quelques instants sur les mouvements systoliques et le cœur s'arrête finalement en diastole forcée sans répondre à aucune excitation, bien que l'animal soit encore vivant.

L'intoxication quinique du lapin détermine également une dilatation vasculaire des vaisseaux sanguins de l'oreille.

Pour montrer que cette action s'exerce exclusivement sur le système musculaire, M. Chirone a divisé successivement tous les nerfs pouvant servir d'intermédiaires à paralyser le cœur ou les vaisseaux de l'oreille et a réussi à provoquer

encore des mouvements en excitant les rameaux divisés. Il s'ensuit donc que la quinine, en exagérant le mouvement diastolique du cœur, est un poison antagoniste du venin du crapaud qui augmente, au contraire, la puissance du mouvement systolique.

Cette expérience rend compte de l'action tonique de la quinine sur le cœur et de la prédominance de la force diastolique lorsqu'elle est donnée à haute dose ou à dose toxique. (*Gaz. hebd.*)

Dégénérescence graisseuse. Le diagnostic de cette grave lésion se fonde principalement sur la lenteur et la faiblesse du pouls. Des troubles gastriques avec vomissements consécutifs aussitôt après le repas, avec constipation, mais plus souvent accompagnés de diarrhée, sont, pour M. le docteur Hayne, chirurgien-major de la marine anglaise, des signes non moins fréquents et probants. Il résulte, en effet, de huit observations recueillies à l'hôpital de Greenwich sur de vieux marins pensionnaires, que ces symptômes furent constamment observés, alors que l'autopsie montra la dégénérescence graisseuse du cœur. (*Lancet*, 9 janvier.)

Il s'agirait donc de vérifier si ces signes sont directement liés à la dégénérescence cardiaque ou s'ils n'en sont qu'une conséquence indirecte. De ce qu'ils ne se sont pas présentés dans un cas de rupture, suite de l'hypertrophie, il ne s'ensuit pas qu'ils dépendent de la dégénérescence graisseuse. Une statistique de cas divers peut seule résoudre la question.

Végétations globuleuses. — Voy. Caillots.

Ponction du ventricule droit. Elle fut pratiquée par erreur sur une femme, atteinte d'une hypertrophie du cœur, par insuffisance valvulaire, suite de rhumatisme. C'était une femme de vingt-sept ans, admise à l'hôpital, dans le service de M. Evans, le 23 février dernier. La matité s'étendait du cinquième au deuxième espace intercostal et du bord droit du sternum jusqu'au mamelon gauche avec du murmure à la base et à la pointe. Malgré les vésicatoires et les sangsues, la matité s'étendit jusqu'au mamelon droit avec dyspnée extrême, pneumonie droite à la base. Une consul-

tation fit conclure à la nécessité de la ponction du péricarde, et M. Hulke introduisit un trocart fin à la profondeur d'un demi-pouce dans le quatrième espace intercostal, à un demi-pouce du bord gauche du sternum. En retirant l'aiguille, un flot de sang noir jaillit et la canule était mise en mouvement par les battements du cœur. Elle fut immédiatement retirée sans qu'il s'écoulât plus d'un *drachme* de sang.

L'opérée se trouva soulagée et passa une meilleure nuit. La matité n'augmenta pas, et diminua même les jours suivants. Le 23 mars, elle ne dépassait pas le troisième espace intercostal en haut et le bord gauche du sternum. La mort étant survenue ensuite, l'autopsie montra une adhérence générale du péricarde au cœur avec dilatation hypertrophique de celui-ci et insuffisance des valvules tricuspide, mitrale et aortique. Aucune trace de la ponction ne put être constatée en rapport avec celle de la peau. Épanchement pleurétique droit.

Si cette relation est incomplète, elle suffit néanmoins à montrer que le ventricule a été ponctionné, puisqu'il n'y avait plus de cavité péricardique, et que cet accident si grave, loin de déterminer la mort immédiate, a été suivi d'une amélioration sensible. La vie s'est prolongée quatre semaines après.

Dans la discussion qui s'est élevée sur ce fait à la Société clinique de Londres, le 14 mai, M. W. Jenner a dit que ce n'était pas la ponction du ventricule droit qui était mortelle, et le fait est que deux cas à peu près semblables au précédent ont été signalés. (*Lancet*, 22 mai.)

Notes and observations on diseases of the heart and of the lungs in connexion therewith (Notes et observations sur les maladies du cœur et celles des poumons s'y rattachant), par le docteur Thomas Shapter, médecin de l'hôpital de Devon-et-Exeter; un vol. in-8°, Londres, 1874.

Résumé d'une pratique de quarante-sept ans en ville et à l'hôpital, par un ancien élève de Louis. Bien des idées originales, des discussions et des faits intéressants, relatés dans une forme attrayante, font de ce livre un véritable traité original des maladies du cœur utile à consulter.

Cœur gras. *Forme anémique.* Le docteur Perl a confirmé expérimentalement, comme c'est de rigueur aujourd'hui, cette nouvelle étiologie de la dégénérescence graisseuse indiquée par M. Ponfik (voy. *année* 1873). Des saignées artérielles et veineuses faites à des chiens ont donné des résultats différents suivant qu'elles étaient plus ou moins abondantes. Rares et copieuses, soit une soustraction de 3 à 3 1/2 0/0 du poids de l'animal tous les cinq à sept jours, ces saignées faisaient tomber l'animal dans le marasme, sans fièvre, avec mort rapide. L'autopsie montra des granulations graisseuses à la place des striations fibrillaires. Les muscles papillaires étaient les plus altérés, puis venaient par ordre de décroissance : les parois du ventricule gauche, celles du ventricule droit, puis celles de l'oreillette droite.

Quand au contraire la veine était ouverte tous les trois à quatre jours avec soustraction de 1 à 1 1/2 0/0 du poids du corps, les animaux, observés pendant plus de deux mois, restèrent dans un état de santé relativement satisfaisant. Tués ensuite par hémorrhagie, ils n'offrirent rien de notable à l'autopsie. (*Arch. für. path. Anat. und Phys.*, 1874.)

Les altérations nutritives du cœur sont donc en rapport causal avec l'anémie produite par d'abondantes émissions sanguines, et l'on est ainsi autorisé à les redouter et les rapporter à cette cause toutes les fois qu'elle se présente.

Un exemple remarquable, observé par M. le docteur Warren Sawyer, montre cependant que ce danger n'est pas constant. Un *clergyman* octogénaire, de ses clients, jouit encore d'une démarche sûre et ferme et d'une intelligence lucide, malgré les saignées répétées pendant toute sa vie et les flots de sang qu'il a perdus. Fils d'un fermier, il fut saigné pour la première fois à dix-sept ans, sans être malade, mais, suivant l'habitude, parce que le sang le gênait, et cette saignée fut renouvelée chaque printemps les six années suivantes. Devenu étudiant et changeant le travail actif des champs pour la vie sédentaire, il se sentit encore plus incommodé par le sang et se soumit ainsi quatre à six fois par an à une saignée de 10 à 15 *ounces* de sang pendant dix ans. Dès lors, l'habitude de la saignée en en rendant l'effet de moins en moins sensible, il y recourut régulièrement toutes les trois semaines, pendant les quarante années qui suivirent, en se faisant tirer 8 à 10 *ounces*

de sang chaque fois. Jamais il ne se sentit mieux qu'après une saignée, et, loin de l'affaiblir, l'émission d'un demi-bol de sang agissait comme un stimulant, sans avoir jamais nui à sa santé, car il n'a jamais été malade. Il fut un ministre très-actif jusqu'au moment de sa retraite, prise il y a environ dix ans.

Malgré ses quatre-vingts ans, l'habitude de la saignée persiste encore, et, toutes les trois semaines environ, il se fait tirer 8 à 10 *onces* de sang. Le besoin s'en fait sentir par une dyspnée qui va rapidement en augmentant et l'oblige parfois à passer la nuit qui précède la saignée dans un fauteuil. Ses lèvres et ses ongles deviennent bleuâtres. Tout ce malaise disparaît avec la saignée. L'intelligence et la parole deviennent plus claires. L'auscultation répétée du cœur et des poumons n'a jamais décelé qu'un léger emphysème.

COLOTOMIE. Sans tenir compte de cette nouvelle appellation anglaise en la désignant sous le nom ancien d'entérotomie, d'anus artificiel, M. le professeur Richet a pratiqué cette opération à sa clinique de l'Hôtel-Dieu dans les mêmes conditions que les chirurgiens anglais. C'était pour un rétrécissement du rectum chez un homme de trente-quatre ans, qui, depuis quinze jours, n'avait pas été à la garderobe, sauf l'évacuation de quelques mucosités filantes sans aucune matière fécale ni gaz. Maigreur extrême, teint plombé, faciès grippé, joues et yeux excavés, sueur visqueuse. Ventre globuleux, considérablement développé ; les anses intestinales se dessinent sur les parois abdominales ; coliques très-fortes se terminant par le vomissement ; tous les aliments sont rejetés. Fièvre intense, pouls à 1?2, température entre 38°,5 et 39°. A l'auscultation de l'abdomen, on entend un léger bruit de frottement, ce qui indique le début d'une péritonite. Au toucher, le doigt rencontre, après le cul-de-sac ovoïde du rectum, une saillie formant une espèce de tumeur pendante, semblable en quelque sorte à un col de l'utérus, avec une ouverture au centre dans laquelle on peut engager le doigt, sans pouvoir traverser l'espèce de conduit étroit et élastique qui lui fait suite Les parois de ce conduit sont tapissées de franges veloutées reposant sur une base dure et élastique. Il s'agit là d'une tumeur annulaire, qui

fait ainsi saillie dans le cul-de-sac ovoïde du rectum, à cause des efforts incessants que fait le malade pour rendre des matières. Elle paraît tellement volumineuse, que l'on croit pouvoir la toucher par le bassin ; mais une exploration attentive n'y révèle rien d'anormal. La tumeur ne doit pas remonter bien haut ; elle est mobile, ce qui prouve qu'elle ne tient qu'aux parois du rectum ; la vessie n'est pas comprimée et le malade urine très-bien.

C'est donc un véritable étranglement interne produit par le développement d'une tumeur dont les caractères ne laissent pas de doute sur sa nature cancéreuse. Celles de nature tuberculeuse se présentent sous forme de petites bosselures irrégulières, disséminées, molles et fongueuses. Ce sont des plaques dures, irrégulières, formées de dépôts plastiques dans le rétrécissement syphilitique. Dans l'hypertrophie simple inflammatoire, les parois indurées sont lisses, sans franges veloutées ni bosselures comme dans ce cas. C'est donc bien un carcinome, quoique aucune trace d'hérédité ne se révèle dans la famille.

Entre l'impossibilité de passer le doigt et le danger de pousser une sonde de force, il n'y avait qu'à lever l'étranglement. Une incision, parallèle au ligament de Fallope, fut faite à deux travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure ; les parois abdominales, divisées couche par couche jusqu'au péritoine, permirent au grand épiploon de faire saillie et de s'interposer entre les lèvres ; on l'écarta pour découvrir l'S iliaque du côlon reconnaissable à la présence des bandelettes longitudinales qui sillonnent le gros intestin. Mais ici se présenta une difficulté d'autant plus sérieuse qu'elle était imprévue : l'intestin ne fut pas plus tôt saisi et retenu, à l'aide d'une pince, qu'il s'échappa violemment des mains de l'aide, sous l'influence de fortes contractions. M. Richet croyait, avec tous les auteurs, que l'S iliaque du côlon était un intestin fixe, retenu par son mésentère, tandis qu'il était très-mobile et s'échappait à tout moment avec une violence telle qu'on n'aurait pu le retenir sans risquer d'en déchirer les parois. Il fallut se hâter d'appliquer quelques points de suture entre l'intestin et les lèvres de l'incision, en profitant des moments où l'intestin revenait au repos.

Cinq ou six heures après, lorsque l'intestin parut assez

bien soudé au péritoine pariétal pour ne pas permettre aux matières de s'épancher dans la cavité péritonéale, une incision de 1 centimètre 1/2 fut faite sur l'intestin, et aussitôt il s'échappa une quantité de gaz et de matières fécales. L'opéré fut très-soulagé ; le météorisme et les coliques disparurent. Mais, fait digne d'attention, il eut ensuite des envies d'aller à la garderobe, et le lendemain il rendait par le rectum des mucosités liquides et des gaz. M. Richet avait déjà noté ce fait dans un cas précédent et tout semblable. Le mécanisme en est simple et facile à saisir : ce qui empêche les matières d'être rendues dans les rétrécissements, c'est la pression énorme qu'elles exercent sur les parois du rectum, pression qui détermine une tuméfaction inflammatoire considérable avec plissement de ces parois, une véritable invagination, toutes causes qui viennent se joindre au rétrécissement pour obturer complétement le rectum. En supprimant cette pression, on réduit le rétrécissement à ses propres éléments, et une partie de l'étranglement disparaît, ce qui permet aux matières fécales et aux gaz de reprendre, sinon en totalité, du moins en partie, leur cours habituel. Tel est le grand avantage de l'opération de l'anus artificiel : elle sauve d'abord la vie du malade qui serait sans cela voué à une mort certaine, et de plus elle peut permettre aux matières de repasser peu à peu par le rectum. L'anus artificiel joue ici le rôle d'une véritable soupape de sûreté.

L'année dernière, M. Richet eut occasion de faire cette opération chez une jeune femme qui avait un carcinome annulaire du rectum avec des symptômes très-graves analogues à ceux du précédent ; la constipation était absolue, et la péritonite sur le point d'éclater ; l'amaigrissement et la prostration étaient considérables. Un anus artificiel fut ouvert ; les matières et les gaz sortirent avec abondance, et, quelques mois après, la malade avait repris son embonpoint et sa santé ordinaires, en conservant toutefois son anus artificiel, qui n'offrait d'autre inconvénient que l'incommodité. Comme la malade sortit de l'hôpital et qu'elle ne donna plus de ses nouvelles, on ne peut dire quelles furent les suites de l'opération, qui en elle-même peut être considérée comme un plein succès. (*Courrier méd.*, n° 17.)

C'est également pour lever une occlusion complète du

rectum par une masse cancéreuse et non contre les accidents déterminés par celle-ci, chez une fille de dix-huit ans, que M. Bryant pratiqua la colotomie sur le côlon ascendant. La mort eut lieu néanmoins par épuisement, et l'oblitération était telle, qu'un crin de cheval ne pouvait même être introduit (*Pathological Society*). Que l'on enlève le cancer sur place ou que l'on rétablisse le cours des matières sans y toucher, il ne cause pas moins la mort.

La colotomie peut cependant en suspendre la marche et retarder ainsi la mort. M. Arnott a soumis à la même Société, le 18 mai, les pièces anatomiques d'un rectum atteint d'un cancer colloïde pour lequel il avait pratiqué cette opération, deux ans auparavant, chez une institutrice de vingt-sept ans. L'opérée était dans un tel état, qu'elle avait pu reprendre ses occupations. Tout le périnée, une partie de la vulve et le gros intestin jusqu'à un pouce et demi de l'anus artificiel, étaient convertis en une masse dure, d'apparence cartilagineuse, de cancer colloïde, lors de la mort (*Lancet*, 22 mai). L'ayant pratiquée le 16 avril chez un homme de cinquante-six ans, M. Bryant a vu également son opéré survivre jusqu'au 9 décembre suivant, malgré l'envahissement continu du cancer aux parties environnantes. (*Idem*, 25 septembre.)

COMA. Son importance dans le cancer utérin, le diabète et l'hystérie. — Voy. *ces mots*.

COMPRESSION ÉLASTIQUE. A peine cette nouvelle méthode est-elle employée depuis deux ou trois ans, que l'on en signale des accidents et des contre-indications de divers côtés. Ce sont surtout les hémorrhagies consécutives dont le danger a été premièrement signalé à Lyon par MM. Ollier et Gayet (voy. *année* 1874). Suivant cet exemple, un interne des hôpitaux, M. Dutrait, revient sur ce sujet et divise ces hémorrhagies en *immédiates*, *précoces* et *tardives*. Les premières se montrent avec l'enlèvement de la compression. Elles résultent de l'obstacle au retour du sang veineux et sont plutôt veineuses qu'artérielles ; aussi cessent-elles ordinairement avec l'enlèvement du compresseur et sont sans gravité.

Les secondes sont artérielles et se produisent pendant le

premier jour du pansement, trois à six heures après le plus souvent. De petites artérioles, comprimées par le bandage élastique, semblent revenir peu à peu sur elles-mêmes en même temps que les autres tissus avant que le caillot obturateur soit formé. Peut-être la paralysie consécutive des vaso-moteurs y concourt-elle aussi.

Les hémorrhagies tardives sont celles qui surviennent après le premier jour, mais, comme elles sont indépendantes de la méthode d'Esmarch, il n'y a pas lieu de s'en occuper.

Les hémorrhagies précoces méritent donc seules l'attention comme conséquence de la compression élastique. M. Dutrait a pu en recueillir vingt-huit cas dont il relate l'observation sommaire et ayant nécessité douze fois l'intervention. Cette complication est donc fréquente, ordinaire. M. le professeur Courty (de Montpellier) la caractérise aussi d'habituelle et déclare que le sang qu'il avait cru gagner par l'ischémie, il le perd ensuite par hémorrhagie immédiate ou secondaire. Elles se présentent surtout dans les grandes opérations et les amputations en particulier. La compression élastique est sans avantage ici, où la compression digitale donne presque toujours d'excellents résultats. L'ischémie ne fait que rendre l'opération plus longue, plus laborieuse, sans que l'on en voie l'avantage, surtout dans les hôpitaux où les amputés sont surveillés de près.

C'est le contraire dans les résections, les ligatures, les sutures tendineuses, les ablations de séquestres, la recherche des corps étrangers et les autres opérations délicates que l'ischémie facilite considérablement par l'absence du sang dans le champ opératoire. C'est là son véritable triomphe, sans que l'hémorrhagie s'ensuive ordinairement.

A Paris comme à Lyon, M. Augier signale 6 hémorrhagies secondaires sur 24 observations, sans compter les hémorrhagies immédiates dont 3 notables. M. Nicaise a signalé aussi le danger de l'hémorrhagie consécutive, qu'il a souvent observée. Cette complication a aussi été signalée en Angleterre comme en France. (*Lyon méd.*, nos 10 et 11.)

A la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg, M. Chiene s'est aussi fait le détracteur de cette méthode hémostatique, mais sans appuyer ses attaques sur des faits particuliers. Si c'est là un effet habituel de la réaction contre toute nouveauté, on ne saurait méconnaître que cette méthode n'a

pas donné tout ce qu'elle promettait et que son emploi est loin de s'être généralisé pas plus à Londres qu'à Paris.

M. le professeur J. Spence, aujourd'hui à la tête de la chirurgie édimbourgeoise, ne s'est pas montré plus favorable à la compression élastique dans son *address* de chirurgie au dernier congrès de l'Association médicale britannique. En dehors des résections et des ablations de séquestres, de tumeurs, etc., il ne la croit pas susceptible d'être généralisée aux amputations et autres opérations devant être suivies de la ligature de vaisseaux. Il préfère alors le tourniquet, car, en le desserrant graduellement, il est plus facile de voir, de saisir, de lier les vaisseaux et de perdre une moindre quantité de sang.

A New-York aussi, le président de la Société de médecine, le docteur Sands, a pris pour thème de son discours annuel *the Esmarch's bloodless method.* D'une statistique de cent quarante-trois cas où elle a été employée, soixante-trois grandes amputations y étant comprises, dont quarante-quatre primitives pour accident et dix-neuf secondaires pour maladie, il en résulte que dix des premières et que quatre des secondes furent fatales. Huit amputations primitives de la cuisse ont donné trois morts, et onze de la jambe trois morts. Sur onze cas d'excision articulaire, un seul se termina fatalement par pyémie. Deux autres décès par pyémie sont également notés dans cette statistique : un sur trente-six opérations pour nécrose et un à la suite de la ligature de l'artère péronière. La pyémie n'est donc pas prévenue par la compression élastique, car le plus grand nombre des décès lui sont dus.

La cause n'en est pas l'application du bandage sur des parties gangrenées et putréfiées. Aucun mauvais effet n'est signalé du refoulement du sang dans le tronc, quoique la quantité en soit considérable, dans les amputations de la cuisse par exemple. Et, comme MM. Grandesso-Silvestri et Le Fort, le chirurgien américain croit que ce point doit être étudié plus minutieusement, surtout chez les personnes atteintes d'affections organiques de l'abdomen ou du thorax.

Si, avec tous les opérateurs, M. Sands reconnaît les avantages hémostatiques de la méthode, surtout pour la facilité de certaines opérations délicates, il croit certaines précautions nécessaires dans le refoulement du sang pour prévenir

la rupture accidentelle des vaisseaux par une plénitude exagérée — *emptiness*. Les dangers de l'hémorrhagie secondaire ont été nuls au contraire, mais la gangrène s'est montrée dans plusieurs cas ainsi que la paralysie. Il croit donc que le bandage élastique peut y avoir une certaine part et il recommande de l'employer avec une compression modérée et à l'exclusion du tube ou cordon placé au-dessus. (*New-York med. Journal*, janvier.)

Les chirurgiens militaires se sont préoccupés vivement de ces écoulements de sang consécutifs, de ces hémorrhagies en nappe persistantes même après le pansement. A l'occasion d'une amputation de jambe, chez un Arabe anémié, émacié, M. Madamet, médecin-major, met en relief tous les dangers de ces hémorrhagies par l'accroissement de tension vasculaire, le trop-plein de la circulation signalé par M. Grandesso-Silvestri. Aussi propose-t-il de supprimer la bande roulée dans les amputations et de réduire ainsi l'appareil compresseur au lacs en caoutchouc. (*Recueil de méd. et chir. milit.*, juin.)

Passant en revue dans une longue exposition et avec des développements exagérés qui n'apprennent guère que ce qui a été résumé en quelques pages dans ce *Dictionnaire*, notamment en 1874, tous les faits et les travaux pour et contre cette méthode, M. le docteur Chauvel conclut qu'elle doit rester à l'étude parce que les observations cliniques sont insuffisantes pour la juger complétement, tandis que les travaux publiés en France sont de nature à faire disparaître l'enthousiasme des premiers jours. Les hémorrhagies consécutives en constituent le danger principal dans les grandes amputations. La compression est toujours supportable, même sans anesthésie préalable, et n'a qu'une action paralysante passagère sur les nerfs. Son plus grand avantage, en rendant le champ opératoire exsangue, serait de faciliter l'examen des parties altérées ainsi que certaines opérations, comme l'évidement, les résections, les séquestrotomies, l'extraction d'aiguilles ou d'autres corps étrangers, la recherche des artères divisées ou les bouts d'un tendon, l'ablation des tumeurs vasculaires, c'est-à-dire toutes ces opérations délicates, longues, minutieuses, que l'écoulement du sang rendait des plus pénibles. (*Idem*, juillet, et *Arch. de méd.*, juillet et août.)

Pour éviter l'hémorrhagie en pluie qui se manifeste le plus souvent après l'enlèvement de la bande d'Esmarch et qui retarde et gêne considérablement l'exécution du pansement, M. Tillaux panse ses opérés avant d'enlever la compression. Il n'a pas vu, depuis qu'il agit ainsi, une goutte de sang pendant ni après le pansement (*Soc. de chir.*, août). Il est difficile d'admettre que le simple rapprochement des lèvres de la plaie, leur compression même suffisent à prévenir cette hémorrhagie en nappe. Et si une artère un peu volumineuse est passée inapercue...? Cette conduite semble donc imprudente.

Ne serait-il pas préférable, comme le suggère M. Verneuil, de recourir à la forcipressure en appliquant des pinces hémostatiques sur tous les points d'où le sang jaillit, afin de procéder plus facilement et tranquillement aux ligatures définitives? (*Idem.*)

C'est au contraire, en rendant l'ischémie incomplète et en conservant un peu de sang ramené vers le champ opératoire par de douces pressions, que M. Daniel Molière facilite l'hémostase dans les amputations. Il a pu faire ainsi dix-sept ligatures dans une amputation de jambe avant de lâcher la compression ; dix dans une amputation transcondylienne du fémur et s'assurer complétement dans d'autres de tous les vaisseaux avant de laisser la circulation se rétablir. Cette méthode facilite aussi la suture des tendons qui se voient peu ou mal avec une ischémie complète. Leurs extrémités se distinguent bien mieux en conservant une petite quantité de sang dans le champ opératoire. (*Idem.*)

Cautérisation. Elle est bien plus active et marquée avec le cautère actuel, sur les tissus anémiés par la compression élastique, que dans l'état ordinaire lorsqu'ils sont baignés de liquides. M. Laroyenne a constaté ainsi que le fer rouge détruit plus profondément les parties molles et le tissu osseux. Le calorique absorbé par les liquides, et dont une partie se change en vapeur, se conserve plus longtemps. Les tissus exsangues sont meilleurs conducteurs de ce calorique que dans l'état normal.

Ces résultats sont inappréciables au moment même de la cautérisation. Ni liquide ni fumée ne masquent le champ

opératoire et l'ischémie rend plus évidents les points à cautériser. Mais les téguments ne rougissent pas sous l'influence du calorique rayonnant ; ils conservent leur coloration normale ou blanchissent légèrement ; l'étendue, la profondeur des brûlures n'apparaissent qu'après l'enlèvement de la bande et le rétablissement de la circulation. Les fongosités, le tissu osseux sont détruits profondément comme en témoigne l'élimination ultérieure.

De là le danger de cautériser un membre anémié par la compression élastique. Elle facilite, au contraire, la destruction profonde des fongosités à la suite d'une extraction de séquestres et la modification des parois osseuses après l'évidement.

Les cautères potentiels, au contraire, n'ont presque pas d'action sur les membres soumis à la compression élastique. (*Assoc. française pour l'avancement des sciences*, 1875.)

Bande-type. Considérant la manière peu méthodique dont se fait la compression ischémique et les accidents de contusion des tissus, de paralysie vaso-motrice, de congestion consécutive du moignon, etc., M. Houzé (de Lille) a cherché à la réglementer en mesurant le degré de compression élastique pour arrêter le pouls, empêcher la pénétration d'une injection dans les vaisseaux, etc. Pour la cuisse, par exemple, la bande doit subir un allongement produit par un poids de 2kil,200 et pour le bras de 1kil,500 seulement. Ces bandes devraient donc être vérifiées d'avance et il en faudrait autant que d'organes ou de parties même d'organes sur lesquels ces bandes s'appliquent.

Il se sert ainsi, pour la langue, d'une pince à pression continue dont les branches courbes peuvent s'appliquer sur l'étendue de la langue nécessaire pour ischémier la partie dont on veut faire l'ablation. (*Idem.*)

CONCOURS. En concentrant à Paris ceux de l'agrégation pour les trois Facultés françaises, afin de relever soi-disant l'agrégation de province, soit en forçant les candidats des départements à des efforts plus sérieux, soit en offrant aux nombreux candidats parisiens une situation en province, s'ils ne réussissaient pas à l'obtenir à Paris, M. de Cumont a fait le vide comme chaque organe de la

presse l'avait prévu et annoncé (voy. *année* 1874). Malgré le droit d'option qu'ils exerçaient en s'inscrivant, il n'y eut, sur 20 candidats pour le concours de médecine ouvert le 5 décembre 1874 et clos le 27 mars 1875, qu'une seule inscription pour les trois Facultés, deux pour celle de Montpellier et une pour celle de Nancy ; toutes les autres étaient pour Paris. Aussi les cinq places de cette Faculté ont-elles été facilement remplies par MM. Dieulafoy, Lépine, Legroux, Liouville et Grancher, après un concours très-remarquable et élimination ; les deux candidats pour Montpellier ont été nommés, tandis qu'il n'y en a pas eu pour Nancy. Les deux places restent ainsi vacantes et il faudra proroger ou rappeler à l'activité les anciens agrégés, sinon ouvrir un concours local pour cette Faculté.

Le concours de chirurgie et accouchements a présenté la même pénurie de candidats pour la province. Tandis que l'on en compte jusqu'à dix-neuf pour Paris, il n'y en a que trois pour Montpellier et un pour Nancy, encore n'est-ce que comme *en cas*, car il s'inscrivait également pour les deux autres Facultés.

L'administration supérieure a été seule à ne pas prévoir ces tristes résultats de la centralisation. Aussi M. Chauffard, en les signalant dans son rapport au ministre, comme président du jury et inspecteur général, a-t-il blâmé cette centralisation avec l'ordre actuel. Aucun candidat inscrit pour Paris, dit-il, n'eût accepté une nomination pour les Facultés de province. La situation faite aux agrégés est trop précaire, trop inférieure à ce qu'elle exige de savoir et de sacrifices, pour tenter à elle seule un candidat et lui faire abandonner le commencement de situation qu'il a pu se créer par son travail, par l'estime conquise dans le milieu où il a vécu. Il faudrait que l'agrégation en médecine devînt une carrière comme l'agrégation en droit pour que des compétiteurs sérieux pussent accepter un déplacement qui ne se changeât pas pour eux en amères déceptions, en une ruine inévitable.

Le titre et l'honneur d'agrégé en médecine n'assurent en effet aucun avenir à celui qui n'a pas d'autre situation. Une carrière professionnelle est indispensable en dehors. La centralisation ne peut donc qu'éloigner les candidats de province en leur imposant des déplacements onéreux

que souvent les plus méritants ne peuvent pas supporter.

Pour relever le niveau de l'agrégation en province, il n'y a donc qu'une voie à suivre, la réorganisation de l'agrégation en médecine, de façon à en faire une carrière rémunératrice, honorable et sûre, en admettant l'agrégé à l'enseignement régulier et lui créer une situation qui ne soit pas éphémère et aléatoire.

Une autre réforme, proposée par M. Chauffard, est de tirer au sort le sujet des thèses dès le début des épreuves définitives du concours. Obligés de les composer en douze jours, d'après le système actuel, les candidats ne peuvent souvent y donner les soins et les développements nécessaires. Ils en sont accablés. Et comme c'est le seul travail qui reste de ces concours et qui puisse en faire apprécier la valeur aux étrangers, il serait bon de modifier le *Statut sur l'agrégation de* 1857 à ce sujet.

Ne vaudrait-il pas mieux laisser le choix du sujet aux candidats pour montrer leur capacité et souvent l'étendue de leurs recherches ou de leurs idées originales, afin de pouvoir mieux apprécier leur valeur personnelle ? Telle est la solution proposée par le *Progrès médical* ; mais il est évident que ces travaux ne formeraient plus l'empreinte des préoccupations ni de l'esprit de l'époque, ni du moment qu'ils ont pour but de retracer, de condenser. En faire tirer les sujets longtemps à l'avance serait, d'après M. Fochier, le meilleur moyen d'en permettre la composition sérieuse et réfléchie, en même temps qu'elle rendrait les concours plus courts, c'est-à-dire d'un mois ; seule solution qui permette aux provinciaux de venir s'y soumettre à Paris.

Ce dernier concours en chirurgie, commencé le 1er avril et terminé le 27 juillet par la nomination de MM. Berger, Pozzi, Marchand, Monod, Blum et Chantreuil en accouchements pour Paris, a mieux réussi que le premier pour les deux autres Facultés : MM. Roustan et Pennières ont été élus à Montpellier et M. Jullien à Nancy.

Tout en louant le savoir étendu que les candidats ont montré dans les différentes épreuves, et en se félicitant de la vitalité dont elles sont le témoignage éclatant pour la Faculté de Paris, le président du jury, M. Richet, signale quelques *desiderata* dans son rapport au ministre. « Ces vaillants

compétiteurs, dit-il, ne sont encore que des élèves et le reflet plus ou moins conscient des maîtres qui les ont formés et pénétrés de leurs idées. » Il y a eu en effet moins d'indépendance et de tendance à essayer ses propres forces que dans le concours de médecine. Aussi ce concours a-t-il été aussi négligé du public que le précédent avait été suivi.

Une autre lacune trop générale, aussi bien dans les leçons que dans les épreuves cliniques, a été la question du traitement. S'il est vrai qu'elle vient à la fin, il n'est pas moins remarquable qu'en raison de son importance, aucun candidat ne lui a donné les développements nécessaires. L'épreuve après vingt-quatre heures de préparation, la plus concluante, suivant M. Richet, a même montré des lacunes regrettables à cet égard.

Plus de temps donné à la composition de la thèse et moins d'étendue sont aussi réclamés par le rapporteur. Mais, plus explicite que son collègue M. Chauffard, M. Richet a réclamé l'extension du concours pour le professorat comme le meilleur moyen d'élever l'enseignement ; cette partie du rapport n'ayant pas été livrée à la publicité, il est difficile d'en rien dire.

CONTUSION. Contusion du périnée. *Incision périnéale.* Contrairement aux préceptes de Phillips et du professeur Gosselin, qui recommandent la ponction sus-pubienne lors même qu'il y a rupture de l'urèthre, M. Notta (de Lisieux) est venu montrer, par trois observations concluantes, qu'une incision périnéale profonde est préférable, selon les conseils de Reybard et de M. Woillemier. Dès que l'on s'est convaincu qu'il y a rétention d'urine et que la sonde ne parvient pas dans la vessie, par l'interruption de la continuité de l'urèthre, il faut pratiquer largement cette incision. L'infiltration urineuse est ainsi prévenue, la rétention d'urine levée, et l'enlèvement des caillots donne toute facilité pour le rétablissement du canal de l'urèthre. La ponction sus-pubienne, en combattant la rétention d'urine, ne remédie en rien à la lésion périnéale. Dans cinq cas où elle fut pratiquée, il se forma des abcès qui obligèrent le chirurgien à faire l'incision par laquelle il aurait dû commencer. En donnant une fausse sécurité, la ponction est ainsi plus préjudiciable qu'utile.

La boutonnière, quand elle est grande et profonde, permet toujours d'enlever les caillots accumulés qui peuvent comprimer l'urèthre et donner seuls lieu à la rétention. En mettant à nu les parties lésées, elle permet d'y remédier avec bien plus d'assurance et de sécurité.

Deux faits de déchirure de l'urèthre, observés tout récemment à l'hôpital Sainte-Eugénie par M. Marc Sée, chez deux garçons de treize ans, à quelques jours d'intervalle, montrent comparativement l'efficacité de cette pratique. Chez le premier, apporté trente-six heures après l'accident, la sonde ne passant pas par l'urèthre, il débrida le périnée et le blessé guérit. Le second, apporté douze heures après l'accident, put être sondé. La sonde étant bouchée le lendemain, il fallut l'enlever, mais elle ne put être replacée. Au lieu de débrider immédiatement, on temporisa; un bain fut ordonné. Des éblouissements, des nausées, puis des vomissements survinrent avec refroidissement et, malgré une large incision périnéale, commandée par les progrès de l'infiltration, la mort survint dès le lendemain. L'autopsie montra l'urèthre complétement rompu, et une vaste infiltration sanguine et urineuse comme unique cause de la mort.

Cette incision n'est pas indispensable, suivant M. Le Fort, quand il n'y a que du sang épanché. La ponction avec sonde à demeure permet d'en attendre la résorption. Mais dès que le cathétérisme est impossible, comment juger s'il n'y a pas rupture de l'urèthre et épanchement d'urine? De plus, la vitalité des tissus, profondément modifiée par la contusion, ne s'oppose-t-elle pas le plus souvent à cette résorption? Aussi M. Guyon juge-t-il à propos de ne pas trop insister sur les tentatives de cathétérisme, de crainte d'augmenter ou de renouveler l'hémorrhagie.

M. Notta pratique cette incision d'avant en arrière sur le raphé médian du périnée, en pénétrant jusqu'au foyer de la déchirure uréthrale. L'extrémité d'une sonde métallique, introduite préalablement jusqu'au foyer de la rupture, sert de point de repère. Il faut pénétrer parfois jusqu'à une profondeur considérable, à cause de l'épaississement des tissus infiltrés de sang. La plaie se trouve suffisamment détergée, sept à huit jours après, pour permettre d'introduire une sonde à demeure et rétablir la continuité du canal. Une

longue bougie de baleine flexible, de 70 centimètres, à extrémité olivaire, sert de conducteur à une sonde en caoutchouc vulcanisé, qui peut rester à demeure sans s'altérer. (*Soc. de chir.*, 26 mai.)

Contusion profonde du talon. Une affection douloureuse de cette partie du pied a été observée par M. Després à l'hôpital Cochin chez trois gardiens de la paix. Quoique obscure dans sa nature intime, la compression prolongée de cette partie lui en paraît la cause. La douleur en est le seul symptôme appréciable, et elle ne se manifeste que lors d'une station verticale trop continue. Un gardien de la paix assez délicat se présenta ainsi à l'hôpital, il y a deux ans, pour des douleurs persistantes du talon droit. Aucune apparence extérieure de lésion n'existait. La pression de la main ne déterminait même pas de souffrance : le doigt appuyant fortement sur le milieu du talon réveillait immédiatement une sensibilité douloureuse. Un mois de repos fit disparaître ce symptôme, mais il reparut après un mois de reprise de son service. Rentré de nouveau, il est encore soulagé, mais six mois après une seconde sortie, l'autre talon se prend et oblige cet homme à changer de profession.

Un second gardien de la paix a présenté la même douleur au talon droit. Le repos l'a calmée, et l'usage d'une semelle en caoutchouc lui a permis de reprendre et de continuer son service.

C'est dans le talon gauche que le troisième gardien de la paix, âgé de quarante ans, venu à la consultation, accuse ses douleurs. Tout en continuant son service, il est obligé de le suspendre de temps en temps.

Une contusion par compression, portant exclusivement sur le coussinet graisseux, situé au-dessous du derme, paraît la cause et l'origine de ce mal. L'amincissement du talon et la sudation abondante y prédisposeraient. L'habitude de s'appuyer plus particulièrement, dans la station, à droite ou à gauche, serait l'explication du siége de la douleur de l'un ou l'autre côté. (*Union méd.*, n° 73.)

Essai sur la contusion chronique du talon, thèse inaugurale par J. Fabre, Paris 1875.

CORNÉE. Contre les taies formées par des exsudats su-

perposés à la cornée et formant, après un certain temps, une tache d'un blanc laiteux, bombée, saillante, arrondie et reliée à la sclérotique par un faisceau vasculaire qui semble l'entretenir et l'accroître, M. Armieux a employé dans deux cas un moyen nouveau. Ce sont des mouchetures faites avec l'aiguille de Scarpa et déchirant les fibres de la fausse membrane. Il instille ensuite un collyre ioduré pour dissoudre le tissu anormal et en favoriser ensuite la résorption. En voici la formule :

℞ Eau distillée.	31	grammes.
Iodure de potassium.	5	—
Teinture d'iode.	30	gouttes.

Mêlez.

C'est en renouvelant ce procédé de quatre en quatre jours pendant deux ou trois mois qu'il est parvenu à rendre la vue à deux femmes en Algérie, complétement aveugles par suite d'ophthalmies répétées. Elles ne pouvaient plus se conduire, et les deux cornées étaient recouvertes d'une pellicule épaisse, blanche, nacrée, occupant à peu près toute la cornée, excepté sur ses bords. Le disque légèrement bombé était formé de fibres blanches dures avec un point noir au centre.

Sous l'influence de ces discisions fibrillaires et des instillations iodurées, nullement douloureuses, les pellicules se ramollirent, devinrent moins épaisses, laissèrent passer la lumière peu à peu, puis la perception des objets, et ces deux femmes purent ainsi reprendre leurs occupations. (*Soc. méd. de Toulouse* et *Revue méd.*, juin.)

Évidemment ce moyen n'est pas si dangereux que d'autres employés en pareil cas, comme l'inoculation blennorrhagique, la fistule cornéenne, dont le *Dictionnaire annuel* a enregistré des succès.

CUIVRE. L'intoxication par les sels de ce métal ayant été remise de nouveau à l'étude à propos du procès Moreau, l'herboriste de Saint-Denis, condamné comme ayant produit la mort de deux femmes avec le sulfate de cuivre, il en est résulté plusieurs recherches sur l'homme et les animaux, utiles à faire connaître.

MM. Bergeron et L'hôte ont constaté, par des recherches

sur quatorze cadavres d'adultes, que des quantités de cuivre, variant de 1 à 3 milligrammes, se trouvent normalement localisées dans le foie et même les reins. Ils l'ont constaté de même dans le foie de six fœtus. Qu'il soit apporté par l'alimentation ou autrement, l'organisme peut donc en tolérer des quantités considérables sans en être incommodé. (*Acad. des sciences*, janvier.)

Ce n'est d'ailleurs pas une découverte nouvelle. Dès 1838 M. Devergie publiait des recherches démontrant que le sulfate de cuivre et de plomb existent normalement dans les organes de l'homme, de même que d'autres chimistes l'avaient constaté dans les végétaux avant lui. Ses analyses étaient si précises, que les quantités de ces métaux, trouvées aux différents âges, sont déterminées depuis la naissance jusqu'à l'âge adulte, dans les divers organes. Les récentes analyses n'ont donc fait que confirmer les premières; le procédé suivi pour le dosage avait même déjà été employé. (*Idem*, juillet.)

La tolérance de l'estomac humain pour le cuivre est telle, que M. Bourneville a pu administrer des doses énormes de sulfate de cuivre ammoniacal pour guérir des épileptiques de la Salpêtrière (voy. *année* 1874). L'une d'elles en a absorbé 43 grammes, en quatre mois, sans aucun effet toxique. Cette femme étant morte, son foie a donné à l'analyse, faite par M. Yvon, 295 milligrammes de cuivre; dose bien supérieure à celle qui avait été fixée comme signe d'empoisonnement. (*Idem*, mars.)

L'emploi journalier du sulfate de cuivre, comme vomitif, prouve d'ailleurs son innocuité. La santé excellente des ouvriers employés à la fabrication du verdet ou acétate de cuivre et leur exemption de coliques en sont d'autres preuves. Bien que l'absorption soit constatée par la présence de ce sel dans leurs urines, l'élimination rapide qui s'en fait par cette voie explique cette immunité et cette tolérance de l'organisme humain. Il peut même en retenir, en emmagasiner une quantité notable sans en être troublé. Le liséré bleu verdâtre, formé par le cuivre sur les gencives des ouvriers qui le travaillent, la teinte de leurs cheveux, de leurs ongles, en l'absence de coliques et d'autres accidents, le démontrent ostensiblement. — Voy. *année* 1874.

Les quantités relativement homœopathiques, infinitési-

males, que peuvent en contenir les aliments, sont donc sans danger. Le kirsch et le genièvre qui en contiennent, par le fait même de leur distillation dans les alambics mal étamés, suivant les analyses de MM. Bouis et Petermann, ne sont pas plus dangereux. On peut même se demander si, à faible dose, il ne contribue pas à l'engraissement d'après les résultats constatés sur l'homme et les animaux.

En effet, non-seulement les ouvriers qui travaillent le verdet à Montpellier ont été trouvés bien portants par MM. Pécholier et Saint-Pierre, mais, sur quarante ouvrières, aucun cas de chlorose ou pâles couleurs n'a été constaté à un âge où cette maladie est commune. D'où l'opinion qu'il les en préserve. — Voy. *année* 1864.

Elle est d'autant plus soutenable que les animaux de basse-cour, nourris presque exclusivement avec le marc de raisin servant à la fabrication du verdet et en retenant des quantités considérables, engraissent rapidement avec ce régime. Dans les distilleries du Nord où l'on fait l'engraissement, les bœufs consomment jusqu'à 80 et 100 litres du résidu des vinasses, où M. Petermann a constaté des traces de cuivre si bien absorbé et expulsé par ces animaux, qu'il l'a retrouvé dans leur fumier. (*Acad. de méd. de Belgique*, février.)

Des expériences récentes sur les animaux ont confirmé cette innocuité. Deux chiens, auxquels M. Laborde ingérait tous les jours du sulfate de cuivre aux doses graduelles de 50 centigrammes à 4 grammes, n'ont jamais eu que des vomissements violents avec coliques et diarrhée. La crise terminée, un sommeil profond y succédait, et, au réveil, ils reprenaient leurs allures normales et leur gaieté ; ils mangeaient avec grand appétit sans aucune modification appréciable dans leur état, après trois semaines. L'embonpoint chez l'un d'eux était même remarquable.

Ces animaux étant sacrifiés, montrèrent à l'autopsie des altérations inflammatoires de l'estomac et des intestins avec une quantité notable de cuivre dans le foie. (*Tribune méd.*, avril.)

MM. Burcq et Ducom ont obtenu les mêmes résultats avec l'oxyde noir de cuivre. 4 grammes par jour, donnés dans les aliments à des chiens, n'ont produit aucun effet nuisible ni d'accident sérieux. Le cuivre résultant du séjour

des aliments dans des vases mal étamés, donné pendant cinquante jours consécutifs, n'a pas été plus nuisible; les chiens ont conservé leur santé et acquis, le plus souvent, de l'embonpoint.

M. Galippe a confirmé cette innocuité des différents sels de cuivre. 72 grammes d'acétate neutre furent donnés à un petit chien en cent vingt-quatre jours, sans produire aucun accident. A l'autopsie, son foie, pesant 200 grammes, examiné par le procédé d'analyse suivi par Heilbronn pour le dosage, ne contenait que 31 centigrammes de cuivre métallique. 4 à 5 grammes d'acétate de cuivre cristallisé, administrés par la bouche ou en lavement, ont été rejetés aussitôt. 15 grammes d'acétate basique furent également donnés en vingt-deux jours, sans amener la mort. Deux tentatives d'empoisonnement chez l'homme, avec 16 grammes dans un cas et 45 dans l'autre, ne l'ont pas produite davantage.

Le sulfate, le malate, l'oléate de cuivre, ont été expérimentés de même, soit à doses fractionnées, soit à doses massives, ainsi que le protochlorure et le bichlorure, sans que l'empoisonnement en soit résulté. Ces sels agissent parfois comme caustiques, le sulfate et le protochlorure en particulier, les autres peuvent être pris presque impunément et, d'ailleurs, leur mauvais goût est une garantie qu'ils ne peuvent être administrés sans être reconnus. (*Soc. de biol.*, juillet.)

Etude toxicologique sur le cuivre et ses composés, par M. Galippe, in-8° de 165 pages, Paris.

Ce n'est pas à dire que des accidents et même la mort ne soient résultés parfois de l'usage de certaines préparations cuivreuses. Tel le fait observé par M. Vernant, vétérinaire à Clamecy. Des poules ayant bu le résidu liquide de vin rouge aigre converti en eau-de-vie dans un alambic en cuivre, peut-être mal étamé, huit moururent aussitôt sur douze. Et pour contrôler la cause de la mort, l'observateur ayant jeté les débris du foie, des reins et des intestins des poules mortes, qu'il venait d'examiner, à sa basse-cour, cinq poules et un coq qui en avaient mangé moururent également après avoir présenté une perte d'appétit avec tristesse, prostration ressemblant à un engourdissement lent avec

diminution de chaleur. Une teinte grise avec infiltration de la muqueuse intestinale et le ramollissement des reins furent les lésions uniformément rencontrées. L'analyse chimique du foie y décela des traces de cuivre à peine perceptibles.

Ces animaux, mangés après leur mort, ne causèrent aucune indisposition chez les diverses personnes qui en firent usage. (*Santé publique*, n° 38.)

Est-ce bien la présence du cuivre dans ce liquide ou ce liquide lui-même qui a causé les accidents? L'empoisonnement des secondes poules par les premières tend à montrer que ce n'est pas le liquide, d'autant plus que les lésions anatomiques étaient les mêmes dans l'un et l'autre cas. Il ne faudra donc pas, à l'avenir, accuser le cuivre d'empoisonnement, aussi facilement qu'on le faisait autrefois, et sans y regarder de très-près.

CYSTICERQUES. *Mort subite.* Elle résulte de la présence de cet helminthe dans la substance cérébrale. La rareté de ce fait est constatée par M. Davaine qui n'en rapporte aucun exemple; tous les cas observés se bornent ordinairement à la pie-mère ou aux plexus choroïdes. M. Bouchut a relaté le cas d'une fillette de dix ans, atteinte d'hémichorée droite avec hémi-analgésie gauche, morte subitement, et dont l'autopsie montra, à la partie supérieure de l'hémisphère droit, dans l'épaisseur même de sa substance, un petit kyste non rompu, gros comme une petite noisette, contenant deux cysticerques. La mort subite serait même le signe distinctif de leur siége, car aucun exemple n'en est signalé lorsqu'ils siégent dans les méninges. Le fait suivant en est une nouvelle preuve.

Un garçon de vingt-deux ans, fort et vigoureux, tombe frappé de mort subite en allant à pied à une habitation voisine de 500 mètres. On le trouva la face contre terre, le corps étendu perpendiculairement du nord au sud où il se dirigeait, la tête tournée à l'ouest et les pieds à l'est, c'est-à-dire verticalement à la ligne qu'il suivait. Ses vêtements étaient souillés de matières fécales.

Rien n'expliquait cette mort subite. Ce jeune homme se plaignait, depuis deux ans, de maux de tête avec douleur névralgique du côté droit de la face. Des personnes l'ayant

rencontré, quelques minutes avant sa mort, avaient remarqué des contractions successives et involontaires des muscles de la face à droite avec projection de la tête de ce côté. Ces phénomènes, joints à l'expulsion involontaire des matières fécales qui n'a guère lieu que dans la mort par les centres nerveux, et rapprochés de la chute à droite ayant de l'analogie avec le *tournis* des moutons dont le cerveau contient des cœnures, firent penser à une lésion du cerveau. Il fut donc ouvert par le docteur Frédet.

Tout fut trouvé sain jusqu'à la base, mais, à la partie supérieure de la protubérance annulaire et à droite, une membrane grisâtre, sans adhérences, fut rencontrée. Elle était lisse, transparente, molle et peu épaisse. Un corps étranger de 2 à 3 centimètres de long, recourbé sur lui-même libre par une extrémité et adhérent par l'autre, flottait à l'intérieur. Au microscope, il a des plissements nombreux qui simulent les anneaux du tænia. Une ampoule non plissée le termine. Des corpuscules calcaires, des crochets isolés et complets avec deux ventouses latérales sont aussi constatés. Placée dans l'eau, cette membrane se gonfla en ampoule grosse comme une petite noix. Sa rupture avait donc probablement déterminé la mort, bien que le tissu cérébral environnant ne fût pas altéré. Il y avait seulement un peu de sérosité dans le quatrième ventricule voisin. (*Union méd.*, n° 70.)

D

DERMATOSES. *Altération de la sensibilité.* Dans bon nombre d'affections cutanées communes, dit M. Rendu, il existe des modifications intéressantes de la sensibilité périphérique. Ces modifications sont l'expression la plus démonstrative du rôle que joue le système nerveux dans les maladies de la peau les plus diverses. Son action, démontrée pour le zona et le pemphigus, peut être soupçonnée de même pour certains psoriasis, eczémas et purpuras, d'après les observations qu'il invoque à l'appui. Il s'agit donc d'étudier si, dans ces dermatoses avec hyperesthésie, il n'y a pas d'altération des extrémités nerveuses et si ce ne sont pas là des éruptions trophiques. (*Ann. de dermat.*, n°s 1, 2 et 3.)

Mercure. Le traitement hydrargyrique est une ressource qu'il ne faut jamais négliger, suivant le professeur Gubler, contre les dermatoses chroniques rebelles aux moyens ordinaires, notamment à l'arsenic. Des pilules de 25 milligrammes de protoiodure et des lotions avec la liqueur de Van Swieten sur les parties exposées ont ainsi guéri un psoriasis madidans ancien et généralisé, chez un jeune homme de vingt-huit ans, et qui avait résisté aux préparations arsenicales. Un psoriasis inveterata guérit sous l'influence du même traitement chez une femme de trente-trois ans. Un eczéma chronique généralisé et fluent céda de même à l'emploi de la liqueur de Van Swieten à l'intérieur, après l'insuccès des moyens ordinaires. Et comme, dans aucun de ces cas, il n'y avait de syphilis constitutionnelle contre laquelle on pourrait admettre que le mercure a agi d'une manière spécifique, on est bien forcé de lui accorder une action contre la dermatose, puisque les amers, les alcalins, les purgatifs, employés concurremment, avaient été impuissants à la faire disparaître auparavant avec les arsenicaux. (*Journ. de thérap.*, n° 24, décembre 1874.)

Arsenic. Il conviendrait spécialement, d'après M. le docteur Clifford Allbutt, contre les dermatoses dues à des modifications dans l'innervation de la peau, comme le zona et l'herpès frontal, et toutes les dermatoses liées à un état nerveux, l'acné des masturbateurs entre autres. L'eczéma, le lichen, le psoriasis et l'urticaire, liés à l'asthme et à la gastralgie, sont de ce nombre. Il donne, dans ces cas bien diagnostiqués, des résultats certains et constants, tandis qu'il est souvent inutile, sinon nuisible, dans les cas indépendants de cette cause. (*Practitionner*, novembre 1874.)

Dermatite exfoliatrice généralisée. Sous ce nouveau titre emprunté à Wilson, le docteur E. Percheron a réuni, dans sa thèse inaugurale (*Paris*, 1875), plusieurs observations qui sont évidemment des cas de pemphigus foliacé (*Hardy*), d'eczéma lamelleux, pityriasis rubra (*Hébra*), herpétide exfoliatrice (*Bazin*), selon qu'ils empruntent, surtout au début, les caractères de ces dermatoses par des bulles ou des vésicules. Mais, quelle que soit l'affection qui l'a précédée ou qu'elle s'établisse d'emblée, ses caractères distinctifs

sont l'abondance et l'étendue des squames et la généralisation de la desquamation. Ces lamelles sont imbriquées comme des écailles et leur quantité se mesure par litres chaque matin au lever. Le derme sous-jacent est rouge, congestionné, enflammé, chaud et comme vernissé. Des démangeaisons atroces coïncident le plus souvent avec cette desquamation.

On la distingue en aiguë et chronique. Cette dernière forme donne quelque répit aux malades qui se croient en voie de guérison. Mais vienne un écart de régime, une impression morale, un refroidissement, un bain de vapeur, une lotion irritante, et bientôt la forme aiguë reparaît avec son cortége de souffrances indicibles. Les deux cas observés par nous, chez deux femmes sur le retour, nous ont vivement frappé par ces intermittences.

Cette affection n'a donc rien de nouveau que le nom, comme le montre une observation de M. Blachez (*Gaz. hebdom.*, n° 12) et une autre de M. le professeur Lasègue, intitulée *Érythème scarlatiniforme rhumatismal* (Thèse Derrecagaix. *Paris*, 1874). Mais ce titre générique a l'avantage de réunir dans un tableau d'ensemble des symptômes analogues attribués à différentes maladies et qui embarrassaient et séparaient souvent les plus habiles dermatologistes. Qu'il s'agisse d'un eczéma, d'un pityriasis ou d'un pemphigus au début, il est évident que quand toute la surface cutanée, des pieds à la tête, se desquame ainsi, ce n'est plus qu'une *dermatite exfoliatrice généralisée.*

DIABÈTE. De l'analyse de 84 observations écrites, — 52 hommes et 32 femmes, — M. Andral a obtenu les données suivantes : c'est que le diabète, très-rare avant vingt ans, — il n'y avait que 5 malades au-dessous de cet âge, — deviendrait plus fréquent de vingt à trente, 12; acquerrait son maximum de trente à cinquante, 40, pour diminuer ensuite de cinquante à soixante-dix, 25, et être encore plus rare dans la vieillesse que dans l'enfance, c'est-à-dire une véritable exception. Il coïncide donc avec la plus grande activité des forces organiques.

L'influence du système nerveux sur la production ou l'accroissement de la glycosurie a été manifeste dans plusieurs cas. Une vive émotion morale, l'ivresse éthérée, des né-

vralgies multiples, des anesthésies partielles et des lésions nerveuses sont relatées dans plusieurs cas. Mais la glycosurie est apparue aussi à la suite d'une nourriture mauvaise ou insuffisante, bien que le plus souvent elle s'observe dans la classe aisée. Il est donc prématuré, suivant l'auteur, d'admettre que le diabète soit le résultat constant d'une lésion nerveuse.

Rarement la circulation générale était troublée, tandis que la circulation capillaire l'était fréquemment, comme le prouvent la rougeur et le gonflement des gencives, l'injection des conjonctives, l'érythème de la peau et des congestions pulmonaires, cause fréquente de mort. Est-ce parce que le sang chargé de sucre éprouve de la difficulté à traverser les capillaires, ou est-ce l'atonie, la paralysie de ces vaisseaux? Toujours est-il que ces hyperémies sont réelles. De là la diminution de la température, les gangrènes des extrémités inférieures et l'oblitération des artères. L'autopsie montre aussi un état congestif très-prononcé du foie et des reins.

Si le sucre peut disparaître parfois de l'urine,— 5 cas,— les récidives sont fréquentes et rarement la guérison est définitive. Des altérations organiques et notamment la tuberculisation pulmonaire sont d'ailleurs le résultat fréquent de la débilité diabétique. (*Acad. des sciences,* avril.)

Symptomatologie. Un indice révélateur de l'existence du sucre dans l'urine, donné comme nouveau par M. Lardier, mais signalé par Trousseau dans sa *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, c'est la présence des mouches sur les vases où l'urine est déposée, parfois même sur l'herbe et la terre où elle tombe et où elle est jetée. C'est donc un signe facile à vérifier.

Coma. Les médecins anglais ont depuis longtemps appelé l'attention sur cette complication dangereuse du diabète précédant ordinairement la mort. Il survient le plus souvent à la suite de fatigues, de marches forcées surtout. Prout relate ainsi, dans la 5e édition de son *Traité des maladies de l'estomac et des reins*, 1848, l'histoire de quatre diabétiques qui, partis de chez eux dans leur état de santé ordinaire pour venir le consulter, succombèrent dans le coma dès

leur arrivée à Londres. L'un, ayant souffert beaucoup du froid et du mal de mer pendant le voyage, mourut dans la matinée qui suivit son arrivée. Le second succomba chez l'un de ses amis, où il était descendu, avant que Prout n'arrivât. Le troisième mourut presque dans sa maison et le quatrième eut le même sort.

Dans ses *Remarks on Diabetes*, 1871, Richardson signale deux cas semblables. Un diabétique, qui venait de 200 milles de distance, fut pris de vomissements deux heures après son arrivée. Il le trouva dans un état semi-comateux, presque sans pouls. Rien ne suspendit les vomissements; le coma devint de plus en plus profond et la mort eut lieu le soir même. Après un voyage de 100 milles, le second malade fut pris également de vomissements, tomba dans le coma et mourut en vingt-quatre heures.

Un diabétique, âgé de trente-huit ans, malade depuis six à huit mois, ayant été pris de délire et de vomissements le 12 février 1873, fut porté le 14 à l'hôpital Guy. M. Hilton Fagge le trouva dans le coma, paupières demi-closes, globes oculaires dirigés en haut, pouls imperceptible, respiration lente et laborieuse, refroidissement du corps et des membres. L'urine contenait une grande quantité de sucre et un peu d'albumine. Sous l'influence d'une injection, dans la veine céphalique droite, d'une solution de phosphate de soude et de chlorure de sodium, le malade se réveilla en partie, il put parler, boire et s'asseoir. Cette amélioration durait depuis vingt-quatre heures, lorsque la codéine ayant été administrée, il s'assoupit de nouveau et mourut trente heures et demie après.

Un fait semblable a été constaté par M. Taylor sur une femme de vingt-deux ans, admise dans le même hôpital le 27 février 1874. L'excrétion considérable du sucre avait diminué d'un cinquième par un traitement approprié, lorsque le 6 mars cette malade, après s'être promenée dans la salle en se plaignant d'avoir des douleurs partout, tomba promptement dans un état comateux combiné avec un certain degré de collapsus. Les injections précédentes furent pratiquées, comme dans le cas précité, avec un amendement passager, mais sans prévenir la mort deux heures après, quoique la codéine n'eût pas été administrée (*Guy's hospital Reports*, 1874). C'est la démonstration que

ces injections ne sont guère plus efficaces que la codéine n'avait été coupable.

Le professeur Kussmaul signale aussi ce genre de mort particulier aux diabétiques, dans un mémoire intéressant, et rapporte trois exemples à l'appui. Mais dans le premier seul, ce fut après une promenade de deux heures et une grande fatigue, le 16 mai 1873, que la malade, âgée de trente-cinq ans, commença le jour même à présenter de l'excitation, de la dyspnée, de l'assoupissement, puis le coma. Une transfusion de sang d'agneau fut aussi suivie d'une amélioration passagère, mais le coma reparut bientôt, et, dès le 20 mai, la malade succombait dans un état soporeux.

Chez les deux autres diabétiques de seize et dix-sept ans, l'excitation, la dyspnée, l'assoupissement et le coma ne furent précédés ni de marches ni de fatigues, ce qui n'empêcha pas la mort d'arriver en deux ou trois jours.

MM. Bourneville et Teinturier, en rappelant ces faits, citent à l'appui un diabétique de cinquante-cinq ans, observé par l'un deux, qui, se livrant à un exercice physique régulier, ne présentait ni soif exagérée, ni polyurie, ni amaigrissement, lorsqu'un petit phlegmon gangréneux se montra sur l'un des petits orteils. Dès le troisième jour, il y eut de la surexcitation, de l'agitation, des impatiences. L'assoupissement y succéda le lendemain, puis un coma profond suivi de mort en quarante-huit heures. Les urines, examinées à la Maison municipale de santé, renfermaient une grande quantité de sucre.

M. Charcot a également observé une diabétique de trente-cinq ans qui, après de nombreuses courses et visites faites en vue d'un départ pour la Suisse, fut prise de dyspnée en rentrant le soir chez elle, épuisée de fatigue. La parole était embarrassée comme dans l'ivresse, puis le coma survint; les extrémités étaient froides et cyanosées, le pouls précipité, les urines rares. La mort survint le lendemain matin.

Sur treize cas, les accidents et le coma mortel consécutif survinrent donc neuf fois explicitement après un exercice forcé et une fatigue notable. Les voyages, les courses, les longues promenades même et tout exercice corporel fatigant doivent donc être proscrits, défendus aux diabétiques.

Cette complication du coma est extrêmement grave, puisque rien n'a pu enrayer la marche fatale. L'excitation, qui

en est ordinairement le signe initial, pourra faire intervenir utilement pour le prévenir en se guidant sur ses analogies avec le coma urémique.

Nonobstant les recherches qui pourront démontrer la vraie nature de cette grave complication, il est intéressant pour le praticien de la connaître, afin de ne pas être pris au dépourvu dans son pronostic et dans le traitement. (*Progrès méd.*, n° 8.)

TRAITEMENT. *Glycérine.* Hartnack prétend que la quantité de sucre rendue par les diabétiques dans leur urine est en proportion directe avec les hydrocarbures ingérés. Il supprime donc les aliments amylacés et administre la glycérine, soit 100 grammes par jour en limonade, et les accidents sont ainsi arrêtés parce que, en s'oxydant dans l'organisme, la glycérine empêche la perte des matériaux d'oxydation et de plus la perte de l'eau par le véhicule.

Le professeur Schultz recommande la formule suivante pour son administration :

℥ Glycérine pure.	20 à 30	grammes.
Acide citrique ou tartrique.	5	—
Eau.	700	—

Mêlez.

Pour un jour, à continuer pendant un mois.

M. le docteur Garnier (de Lyon) a eu recours à ce moyen pour lui-même avec un succès complet, en choisissant les glycérines épurées dont il rend l'ingestion supportable en les mêlant à l'alcool aromatisé avec la menthe, l'anis, l'écorce d'orange. Cette formule peut donc être essayée sans inconvénient. (*Acad. des sciences.*)

En prescrivant seulement la diète animale, la quantité de sucre diminue notablement ainsi que l'urine, mais les pertes produites par la combustion n'étant pas réparées, la faiblesse persiste et le malade succombe à une consomption progressive. L'emploi de la glycérine prévient cette issue fatale en réparant ces pertes. Ce serait le contraire si l'on donnait simultanément la glycérine et les amylacés.

Cette théorie paraît bien spécieuse. Quelques cas de succès seraient plus concluants. C'est ainsi que, sans s'y arrêter, Balfour a obtenu sept succès remarquables, chez des diabé-

tiques gras, en associant le koumys et une forte dose d'acide lactique à la diète azotée, tandis que c'est le contraire chez les diabétiques avec consomption. (*Gaz. hebd.*, n° 3.)

Opium à haute dose. A l'exemple des médecins anglais qui en ont surtout préconisé l'emploi (voy. *année* 1869), le professeur Duchek le donne depuis longtemps dans sa clinique avec un succès marqué. 14 diabétiques, malades depuis longtemps, affaiblis et amaigris, ont été, sinon guéris ainsi, du moins exempts de sucre dans leurs urines. Un seul est mort de tuberculose, déjà à un degré avancé lorsque commença le traitement.

Mais ce n'est pas à la dose thérapeutique ordinaire que l'opium ou la morphine doivent être donnés dans ce cas. Là est peut-être le secret de leur insuccès. C'est à haute dose, c'est-à-dire jusqu'à 60 à 80 centigrammes d'extrait aqueux par jour, sinon à 15 centigrammes de morphine pure, qu'ils doivent être administrés. 5 à 10 centigrammes ont suffi, dans quelques cas, à diminuer la quantité de sucre, atténuer la soif et améliorer la situation générale. La dose doit être progressive jusqu'à la disparition du sucre. On suspend l'emploi du remède jusqu'à ce que le sucre reparaisse dans la proportion de 2 à 3 pour 100; mais il vaut mieux en continuer alternativement de petites doses, sans en attendre la réapparition. Aucun des malades ne fut soumis à une diète absolue de la viande; une petite quantité de pain fut concédée à tous.

La tolérance des diabétiques pour ces hautes doses d'opium est assez grande pour qu'il soit nécessaire de les suspendre. L'action narcotique est assez lente à se manifester; la constipation en est le premier effet, mais sans ses complications, comme le météorisme. Les fèces constituent des scybales qui s'accumulent dans le gros intestin. Des clystères, l'usage de l'aloès ou de la rhubarbe suffisent à en déterminer promptement l'évacuation. L'appétit revient et la cardialgie cesse. Les malades, même condamnés, obtiennent ainsi une amélioration sensible et une prolongation de leurs jours. (*Viener med. Press.*, janvier, n° 1.)

De la glycosurie ou *diabète sucré; son traitement hygiénique*, avec notes et documents sur la nature et le traite-

ment de la goutte, la gravelle urique, sur l'oligurie, le diabète insipide avec excès d'urée, l'hippurie, la pimelorrhée, etc., par A. Bouchardat, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris. Un volume in-8° de 550 pages avec planches. Librairie *Germer Baillière*.

Il appartenait essentiellement à M. Bouchardat d'édifier ce véritable *compendium* du diabète. Ce sera le monument de sa gloire. Depuis plus de trente ans qu'il a fait de cette maladie l'objet particulier de ses études et de ses observations, qu'il a vu et traité le plus grand nombre de sujets atteints à tous les âges, de tous les pays et dans les conditions les plus opposées, en ville comme à l'hôpital, sans être resté une année ni un mois sans s'en occuper, il était le mieux placé pour en tracer l'histoire et le traitement dans les moindres détails. Si M. Cl. Bernard, par son immortelle découverte de la formation du sucre dans le foie et ses investigations expérimentales ingénieuses, en a surtout élucidé l'étiologie et le siége, M. Bouchardat s'est distingué non moins hautement en en démontrant la curabilité par des faits authentiques et nombreux. Au point de vue clinique et thérapeutique qui importe surtout au médecin praticien, il pouvait donc parler en maître.

Ce livre est plus qu'un traité classique et même didactique ordinaire, quoiqu'il en ait la forme et la distribution. Il se divise en effet en quatre parties principales et offre la description, dans autant de chapitres séparés, des signes, des complications, de l'anatomie pathologique, de la pathogénie, de l'étiologie, du diagnostic et du traitement avec la bibliographie complète, l'histoire historique et critique. Mais ce n'est pas tout. Les travaux originaux de l'auteur, ses recherches, ses documents sont si nombreux, qu'il n'a pu tout classer dans cette division sans de nombreux renvois et citations au bas des pages, avec l'addition de 250 pages, en petit texte, de notes et d'observations sur les points afférents au sujet principal. Les matériaux, les preuves, les documents abondent. Rien n'est omis, oublié, et il est impossible de signaler une œuvre quelconque, analyse chimique, expérience physiologique ou thérapeutique, observation, livre, brochure ou article, pour peu qu'elle ait d'importance, qui ne soit citée, rappelée ou analysée. C'est, on peut le dire, le travail le plus complet à ce jour.

Le traitement surtout est exposé *in extenso* et n'occupe pas moins de 205 pages avec les notes. On comprend que ce soit au détriment de la partie expérimentale et théorique qui a tant occupé M. Cl. Bernard et ses imitateurs à l'étranger. L'auteur ne s'y est arrêté que pour s'en servir ou les contredire, sinon pour les citer tout simplement, mais sans les discuter.

Diabète alimentaire. L'urine sucrée après le repas et surtout l'ingestion de substances féculentes et sucrées résulte, comme on sait, d'après les expériences de M. Cl. Bernard, de la ligature de la veine porte et de ce que le sucre absorbé ne pouvant entrer dans la circulation hépatique, n'est pas retenu dans le foie, siége de sa formation. M. le docteur Colrat a vérifié cliniquement le même fait chez deux cirrhotiques. Ce signe serait ainsi une preuve de l'obstruction totale ou partielle de la veine porte, par compression ou autrement. — Voy. OBSTRUCTION DE LA VEINE PORTE.

Phosphaturie diabétique. Polyurie simulant le diabète et caractérisée par une excrétion abondante de phosphates. — Voy. PHOSPHATES.

DIARRHÉE VASO-PARALYTIQUE. Bonfigli, directeur du manicome de Ferrare, donne ce nom à la diarrhée séreuse des malades profondément cachectiques, comme les pellagreux aliénés en particulier, préjugeant qu'elle est due à une innervation insuffisante de l'intestin par suite d'altérations locales ou générales du système nerveux. Mais comme cette altération n'est nullement démontrée, n'est-il pas plus logique et rigoureux de l'appeler simplement *diarrhée cachectique* pour la distinguer? On serait sûr ainsi de ne pas se tromper. Et puisque la cause échappe, mieux vaut s'en tenir à l'effet simple et palpable de la cachexie.

Chlorate de potasse. Un autre caractère de cette diarrhée, c'est d'être rebelle à tous les moyens rationnels, classiques, comme l'opium, l'ipécacuanha, la noix vomique, le tannin, le colombo, la quinine, le bismuth, le nitrate d'argent, etc. Plus la cachexie est profonde et moins est sensible l'action

de ces divers médicaments; ce qui, soit dit en passant, est contradictoire de l'étiologie que lui attribue M. Bonfigli, au moins quant à la noix vomique. Il est reconnu aussi que cette diarrhée rebelle a cessé immédiatement après la transfusion du sang d'agneau. Elle est souvent aussi une cause de mort dans les asiles d'aliénés en Italie où elle se rencontre fréquemment.

Guidé par le docteur Sasse qui attribue une action contractile au chlorate de potasse sur la tunique musculeuse des vaisseaux, M. Bonfigli l'a administré à la dose de 2 à 10 grammes par jour, selon la gravité du mal, contre cette forme de diarrhée dans quinze cas, et il en est résulté la cessation complète en en continuant l'usage pendant quelques jours ensuite. Et la preuve qu'elle est bien due à l'action de ce médicament, c'est qu'en en cessant l'usage trop tôt, la diarrhée reparaît aussitôt et guérit de nouveau par reprise du chlorate de potasse. Dans quelques cas, la diarrhée a même cessé quoique des complications aient coïncidemment entraîné la mort. On est donc autorisé à employer le sel de Bertholet dans ces cas. (*Arch. italiano delle malattie nervose*, janvier.)

DIGITALE. L'emploi en est contre-indiqué dans tous les cas d'anémie, car, en portant son action anémiante sur le cerveau, elle détermine le digitalisme, c'est-à-dire le délire et le coma. Dans le rhumatisme, par exemple, le digitalisme prendrait souvent la forme du rhumatisme cérébral, selon M. Durosiez. La digitale, administrée dans un cas de tuberculose aiguë avec hoquet persistant, fut suivie de symptômes méningitiques et de coma qu'il attribue à cet agent. Il croit ainsi que, dans plusieurs cas, des doses modérées de digitale ont pu donner la mort.

Si ce sont là plutôt des suppositions que des faits probants, l'action anémiante de la digitale peut très bien augmenter le délire anémique, tandis qu'elle doit diminuer au contraire le délire congestif que le sulfate de quinine exaspère. Il y a donc lieu de tenir compte au moins de cette distinction dans l'administration de la digitale. (*Soc. de méd. de Paris* et *Gaz. hebd.*, n° 49, 1874.)

DIPHTHÉRITE. *Altérations lymphoïdes.* Après avoir

constaté au microscope l'altération des corpuscules de Malpighi dans la rate et des glandes sous-maxillaires, le professeur Bizzozero a rencontré une forte tuméfaction des follicules isolés et des plaques de Peyer. Leur section verticale, après durcissement, a montré que les uns et les autres présentent des altérations identiques à celles de la rate. Le follicule est divisé en deux parties, l'une centrale, l'autre corticale ; celle-ci contient seulement des cellules lymphatiques bien conservées, tandis que l'autre ne contient que des cellules lymphatiques granuleuses, des granulations graisseuses et albuminoïdes très-nombreuses et de grosses cellules à noyau contenant des granulations graisseuses et un assez grand nombre de petits nucléoles.

De pareils foyers d'éléments en désagrégation, mais plus petits, furent également rencontrés dans les glandes mésentériques correspondantes et surtout dans les follicules de la substance corticale.

La rate étant profondément altérée chez les sujets où ces altérations lymphoïdes ont été constatées, l'auteur en conclut que, dans un certain nombre de cas de diphthérite, non encore appréciable, il y a une altération diffuse des organes lymphoïdes du corps. (*Gazz. delle cliniche*, n°s 11 et 32.)

Mais, pour être certain qu'elle est spéciale à la diphthérite et sa conséquence directe, il faudrait rechercher si ces lésions ne se retrouvent pas dans d'autres maladies; car elles peuvent être une conséquence *sui generis* des altérations du sang.

DOSES. En dehors des doses uniques et des doses toxiques, le professeur Edward Clarke, de l'Université Harward, distingue les doses continues et les doses fréquentes. Les doses continues sont celles répétées à intervalles assez rapprochés pour que l'élimination du principe actif de la première ne soit pas complète quand l'absorption de la suivante commence. Par ce mode d'administration, le sang est constamment saturé du principe médicamenteux, tandis qu'il en est exempt, durant un intervalle plus ou moins long si ces doses sont uniques ou répétées moins souvent que ne dure l'élimination du médicament.

La confusion et les contradictions entre les effets notés

par les divers observateurs de l'action des médicaments s'expliquent souvent pour n'avoir pas tenu compte de cette différence. Plusieurs phénomènes thérapeutiques et toxiques des doses continues ne s'observent pas après une dose unique et celle-ci ne donne pas les résultats thérapeutiques de celles-là. Si la plupart des effets obtenus sur les malades le sont implicitement par les doses continues, les physiologistes expérimentent le plus souvent avec une seule dose. Les bromures de potassium et d'ammonium ont ainsi donné des résultats très-différents à l'auteur, selon qu'ils sont administrés physiologiquement ou thérapeutiquement.

L'ammoniaque et ses sels, qui entrent rapidement dans le sang et augmentent sa réaction alcaline, s'éliminent aussi vite par leur extrême volatilité et leur extrême diffusion. Leur action est ainsi transitoire. L'élimination d'une dose unique de carbonate d'ammoniaque est complète en une heure ou deux. Son action stimulante sur le cœur, diaphorétique, antispasmodique et puissamment alcaline, que produit une ou plusieurs doses données dans un temps rapproché, sera ainsi bien différente de celle qu'il a sur le sang s'il est administré d'heure en heure pendant plusieurs jours de suite, de manière à l'en saturer. Ses globules sont modifiés et deviennent solubles, crénelés, découpés, incolores, transparents, agglomérés ; le sang est fluide et coagulé comme dans la fièvre typhoïde et le typhus fever.

L'acide gallique offre un autre exemple de cette différence d'action. Son élimination est complète en deux heures. S'il est donné comme antihémorrhagique deux ou trois fois par jour, comme on le fait d'ordinaire, le sang ne sera soumis à son action astringente que durant six heures par jour, tandis que, s'il est continué toutes les deux heures, l'effet sera continu et non intermittent, c'est-à-dire beaucoup plus certain.

L'action de l'alcool est bien plus frappante selon qu'il est ainsi pris en une fois ou plusieurs fois de suite par jour.

Pour être satisfaisant et scientifique, le dosage doit donc être basé sur la connaissance de l'action des médicaments, la durée de leur absorption et de leur élimination, autant que des effets que l'on veut obtenir.

Les *doses fréquentes*, au contraire, sont applicables lorsqu'il s'agit d'imprimer à l'organisme l'action primitive ou secon-

daire d'un médicament ou d'y soumettre l'un de ses organes. C'est en le frappant coup après coup et dans une succession rapide par des doses faibles qu'on atteint ce but. L'action stimulante primitive de l'opium peut ainsi être entretenue par des doses fractionnées toutes les cinq, dix ou quinze minutes, surtout pour prévenir les hémorrhagies *post partum*. Au lieu de l'action déprimante de l'aconit, avec cinq gouttes de teinture, elle sera moins dangereuse et plus prolongée si l'on divise cette dose en cinq ou dix fois. Ces exemples suffisent à en rappeler d'autres au praticien. (*Amer. med. Association*, 4 mai, et *Boston med. and surg. journal*, n° 6.)

DYSENTERIE. *Liqueur de Labarraque.* Une épidémie de dysenterie ayant éclaté près de Rennes, M. Toulmouche, admettant que l'action d'un principe délétère agissant sur le gros intestin en était la cause, chercha à le neutraliser pour ramener la phlegmasie à l'état simple. Il prescrivit en conséquence des tiers de lavements composés avec 30 grammes d'hypochlorite de soude pour 500 grammes d'eau avec une solution de 4 grammes du même sel dans un litre d'eau pour boisson. Une pilule ou deux de 5 centigrammes d'extrait gommeux d'opium était donné le soir pour contrebalancer l'action irritante et la contracture spasmodique de l'intestin.

Sur onze malades, ainsi traités, aucun ne succomba. Les diarrhées simples en ont été aussi rapidement arrêtées sans addition d'opium. D'où il suit qu'il ne faut pas lui attribuer exclusivement la guérison de la dysenterie. (*Arch. de méd.*, juin.)

Acide salicylique. C'est en admettant au contraire la nature diphthéritique et parasitaire de la dysenterie que Steplsanides lui opposa le nouvel acide associé à la teinture d'opium en potion et en lavement. Deux malades en furent guéris. (*Viener med. Press*, avril.)

Si l'adjonction de l'opium, le remède traditionnel de la dysenterie, ne permet pas de décider si ces nouveaux moyens ont une action directe, il n'est pas moins juste de reconnaître qu'ils ont pu agir l'un et l'autre comme désinfectants.

Nitrate d'argent. Les pilules avec ce sel et la mie de pain sont défectueuses, parce qu'elles sont dissoutes dans l'estomac. Enrobées dans une enveloppe de goudron, elles peuvent arriver jusqu'à l'intestin. Des pilules de 25 milligrammes sont ainsi enveloppées avec :

℞ Goudron de Norvége	15 centigrammes.
Craie préparée.	q. s.

En faisant prendre trois bols ainsi préparés par jour contre une dysenterie chronique qui avait résisté à tous les moyens, même aux pilules ordinaires et aux lavements de nitrate d'argent, la guérison eut lieu. (*Journ. de méd. et chir. pratiques.*)

Nitrate de soude. Caspari l'ayant donné par doses fractionnées a vu les déjections se modifier et diminuer et la mortalité descendre à 2 pour 100. La dose est de 15 à 20 grammes dans la dysenterie purement rectale, et de 5 à 6 seulement quand elle prédomine dans l'intestin (*Deutsche Klinik*). N'est-ce pas l'analogue du sulfate et des autres purgatifs salins généralement employés ? Pourquoi n'avoir pas essayé comparativement au moins ?

Dysenterie puerpérale. La distension du rectum par les fèces, à la fin de la grossesse, et surtout sa compression prolongée par la tête du fœtus en travail, détermine parfois tous les symptômes d'une dysenterie passagère dans les deux ou trois jours qui suivent la délivrance. Epreintes et envies fréquentes d'aller à la garde-robe, expulsion de matières enrobées de mucosités, puis de glaires sanguinolents, en sont les caractères. Il ne faut pas la confondre avec la dysenterie épidémique ; ce n'est là qu'une rectite puerpérale qui cède rapidement à un ou deux purgatifs salins, si la femme ne nourrit pas, et aux lavements, sinon aux collutoires opiacés, dans le cas contraire. Elle n'a donc pas de gravité.

Il faut la distinguer de la diarrhée symptomatique de la péritonite puerpérale, toujours abondante, involontaire et précédée de douleurs abdominales.

M. Laroyenne a constaté, à l'autopsie des accouchées, que la muqueuse rectale peut ainsi être épaissie, ecchymosée

et tapissée d'abondantes mucosités. Des ulcérations étendues ont été rencontrées parfois sur ses plis transversaux ; de là les troubles fonctionnels précités. Il attribue ainsi à la constipation, qui se rencontre souvent dans les maladies utérines, la rectite que l'on relie trop directement à l'affection utérine. (*Lyon méd.*, n° 17.)

Dix observations rapportées par M. Vinay confirment la fréquence de cette dysenterie des accouchées. La constipation antérieure, les hémorrhoïdes, une tête volumineuse et la présentation occipito-iliaque postérieure, c'est-à-dire la persistance de sa durée sur le siége, en sont les causes ordinaires. Elle se manifeste ordinairement le troisième jour après l'accouchement, sans fièvre. Les purgatifs salins en obtiennent facilement raison. (*Idem*, nos 33 et 34.)

E

EAUX. Eaux de la Seine. *Assainissement et fertilisation par les eaux d'égouts.* L'utilisation des eaux d'égouts a une importance double : assainir les villes et les habitations pour fertiliser les champs. Ce problème hygiénique et économique est depuis longtemps résolu en Angleterre par l'emploi du *sewage* des grandes capitales de Londres, d'Édimbourg et de trente autres villes industrielles, comme Birmingham, Liverpool, grands centres populeux d'usines, d'ateliers et de fabriques. Tous les immondices, les déjections, les excréments solides et liquides, les déchets, les résidus de ces grands centres sont charriés et réunis par un système d'égouts, de canalisation souterraine et conduits, par la force de la vapeur, à des distances parfois considérables pour l'engraissement des terres stériles, des plateaux crayeux, des plages sablonneuses, jusque-là incultes et formant aujourd'hui, grâce à cet engrais humain, des fermes modèles de la plus grande fertilité. Répandues sur ces terres par de simples sillons ou rigoles, petits canaux à ciel ouvert, elles produisent surtout des légumes et du bétail en abondance, car, par leur extrême richesse fertilisante, les eaux d'égouts, ainsi collectées et irriguées, sont surtout propres au développement de la prairie naturelle, de l'herbe et des légumes. C'est leur emploi le plus économique et leur rapport le plus

immédiat, car, si bourbeuses et infectes qu'elles soient, ces eaux ne sont livrées, comme tout autre engrais, qu'à beaux deniers comptants, à tant le mètre cube, suivant leur composition et la distance qu'elles ont à parcourir avant d'arriver à destination.

Divers autres procédés, tels que le filtrage, le décantage, la précipitation, l'évaporation et le colmatage simples ou mixtes, permettent encore d'utiliser les eaux d'égouts. Les méthodes et les moyens employés à cet effet sont déjà si nombreux que l'énumération seule en est impossible à faire ici. Recueillis ainsi, leurs produits sont séchés et vendus comme des engrais complets des plus riches en principes azotés et phosphorés. Mais celui de l'irrigation directe des terres est le plus simple et le plus économique ; aussi est-il le plus employé. Rien n'est perdu de cette manière, et on peut l'appliquer à la culture en grand des céréales, moyennant un drainage profond et espacé des terrains. De grandes compagnies industrielles se sont ainsi formées pour l'exploitation de l'engrais humain, autant à leur profit qu'à celui des villes et des particuliers.

On s'est peu occupé jusqu'ici, en France, de mettre à exécution l'un de ces divers systèmes d'assainissement et de fertilisation. Paris, Reims, Montpellier, Aix, et c'est à peu près tout. Et encore, est-ce à la disposition favorable du sol de ces deux dernières villes que des essais publics ou privés ont dû être tentés. L'insalubrité des deux autres et les réclamations, les plaintes des habitants ont seules déterminé les municipalités à s'en occuper, mais d'une manière très-timide, sous forme d'essais, d'expérimentations seulement. Et pourtant les résultats en attestent hautement le succès. A Aix-en-Provence, par exemple, la valeur des prairies en aval, arrosées par les eaux d'écoulement des fontaines ou celles des égouts de la ville, saturées d'immondices, est de 16 000 francs l'hectare, tandis que celle des terrains en amont est seulement de 8000 francs moyennant beaucoup d'engrais artificiel.

Paris est jusqu'ici la ville qui s'en est occupée le plus activement depuis 1865. Pour l'assainir, ses édiles ont multiplié considérablement les égouts dont le parcours est actuellement de 600 kilomètres. L'approvisionnement de l'eau a été élevé graduellement jusqu'à 318 580 mètres

cubes par jour. La distribution des eaux pluviales et ménagères est venue s'ajouter à celle du nettoyage et de l'arrosement des rues pour laver et irriguer ces canaux souterrains et entraîner les ordures, les détritus, après que le chiffonnier a fait son choix de tout ce qui peut encore être utilisé immédiatement et que le boueur a ramassé les parties solides du surplus. On a construit ensuite trois grands collecteurs où s'abouchent ces ramifications infinies d'égouts et qui en font de véritables rivières souterraines qui transportent incessamment ces immondices, ces résidus de la vie sociale de la grande ville dans le lit de la Seine, en aval de Paris. 260 000 mètres cubes d'eau, c'est-à-dire la vingtième partie du débit de la Seine, sont ainsi chaque jour amenés dans son lit.

Suivant le préjugé ayant cours et encore trop répandu, *que l'eau purifie tout*, on croyait que les matières organiques des eaux d'égouts, mêlées ainsi à une eau courante, s'oxydaient rapidement au contact de l'air et que l'eau contaminée redevenait salubre à une certaine distance. Les expériences ont montré qu'il n'en est rien. L'analyse d'échantillons d'eau prise dans plusieurs rivières, à l'orifice d'un égout et à 20 kilomètres en aval, a montré que les proportions de carbone organique et d'azote étaient sensiblement les mêmes. Le mélange de 1 volume d'eau d'égout et de 9 d'eau potable a été transvasé, sans interruption pendant huit jours, au contact de l'air et les trois quarts des matières organiques introduites s'y trouvaient encore après ce temps. Une rivière ainsi contaminée ne perd donc pas plus du quart des matières organiques dissoutes, après 300 kilomètres de parcours.

On comprend dès lors combien les eaux de la Seine sont souillées, corrompues, infectées par ces impuretés de toute sorte, ces matières animales et végétales en décomposition permanente qui y sont sans cesse déversées. Il suffit de se promener sur ses bords, au voisinage de ces égouts, pour juger combien les populations riveraines doivent en souffrir sur une étendue qui se prolonge jusqu'à Versailles. Les rivières ainsi contaminées sont des véhicules de maladies et de mort. L'assainissement de la capitale, dans ces conditions, est au prix de l'insalubrité des communes suburbaines. De là des maladies locales et épidémiques, des diarrhées,

des fièvres typhoïdes, résultant de l'usage de ces eaux corrompues, des plaintes et des réclamations réitérées qui obligèrent la municipalité à aviser.

Dès 1869, 5 à 6000 mètres cubes d'eau d'égout étaient journellement distribués ainsi *librement et gratuitement* aux cultivateurs et donnaient des rendements considérables de légumes en plein champ. La presqu'île de Gennevilliers, plaine de 2000 hectares de gravier, renfermée entre deux sinuosités de la Seine, presque inculte et stérile jusque-là, allait être transformée par ce moyen. L'accroissement de la valeur locative des terrains accessibles aux eaux s'ensuivit aussitôt, des habitations s'élevèrent, et le village des Grésillons fut créé, sans que la moindre trace d'insalubrité fut observée en hiver ni en été.

Malgré le retard apporté par la guerre à l'accomplissement de ces grands travaux d'assainissement et de fertilisation, de puissantes machines à vapeur débitent aujourd'hui 80 000 mètres cubes par jour d'eau d'égout sur la plaine sablonneuse et y portent, avec l'engrais qu'elles contiennent, la fraîcheur et la fécondité. Pour faciliter l'expérience, la ville de Paris fournit gratuitement aux propriétaires l'eau d'égout, et prêche même d'exemple en entretenant un jardin où toutes les cultures réussissent à merveille. Des concessionnaires s'y livrent à la culture maraîchère et l'aspect de cette plaine aride, brûlante, sablonneuse, s'est ainsi transformé en une végétation luxuriante. Des choux énormes, des poireaux, des artichauts, des carottes, des salades, des arbres fruitiers, des plantes pharmaceutiques comme l'absinthe, la menthe et d'autres, y sont cultivés en grand et acquièrent en peu de temps des proportions colossales. Les cultures printanières y réussissent mieux que partout ailleurs en raison de la température plus élevée de l'eau.

Et tout cela se fait naturellement et économiquement. Au lieu des 1300 francs de frais d'arrosage et des 1500 francs de fumure que coûte annuellement l'hectare de jardin de maraîcher, ces dépenses se réduisent presque à rien par le système d'irrigation des eaux d'égouts. Des conduites en grès et des rigoles souterraines de distribution amènent le liquide fertilisant ici et là. Une pente naturelle du terrain suffit parfois à en faciliter l'écoulement. Des sillons, reliés entre eux par une rigole transversale, suffisent pour irri-

guer telle étendue de terrain que l'on veut en mettant la rigole transversale en communication avec la conduite d'eau au moyen d'une simple vanne en bois que l'on peut ouvrir et fermer à volonté.

Les résultats ne sont pas moins avantageux. Au lieu du prix ordinaire de 500 francs de rendement par hectare, il s'élève, en moyenne, à 4000 francs. Ajoutez l'augmentation croissante de valeur des terrains, et l'on verra que c'est une véritable fortune pour les heureux propriétaires de la plaine de Gennevilliers.

Elle ne serait pas moins grande pour la population parisienne si la totalité de ses eaux d'égouts, de ses déjections, était ainsi utilisée, c'est-à-dire si les vidanges, dont le cubage s'élève à 1640 mètres cubes par jour, tombaient directement dans l'égout, comme à Londres, Bruxelles, Vienne, et autres capitales, dont elles augmentent et enrichissent d'autant le *sewage*. Collectionnées à part dans 190 à 200 000 fosses fixes ou mobiles, comme à Paris, elles constituent autant de foyers d'insalubrité permanente dans chaque maison, outre celle résultant de leur transport et de leur transformation eu poudrette. Cette heureuse modification de la culture maraîchère à bon marché, dans le voisinage de Paris, ne manquerait pas, en augmentant et en favorisant ses approvisionnements journaliers en fruits et en légumes, d'en diminuer les prix, par le fait même de la concurrence, et de contribuer ainsi au bien-être général. Ces résultats pécuniaires ne sont d'ailleurs que secondaires dans une question d'hygiène publique aussi capitale. Tout ce qu'on gagne en salubrité représente un profit matériel considérable en diminuant les maladies, par conséquent les pertes de temps, de travail et de la mortalité. C'est donc un moyen indirect, mais infaillible, d'accroître la prospérité générale.

Malheureusement, ce n'est encore là qu'un essai. La plus grande partie des eaux d'égouts continue à être perdue pour la culture et infecte les eaux de la Seine. Les dépenses considérables et les sacrifices énormes imposés à la ville de Paris, par cet essai, ne sont couverts ni même atténués par aucune recette. Elle ne vend pas jusqu'ici cette eau fertilisante par excellence, elle la donne avec prodigalité, sans poids ni mesure, à qui en veut. La perméabilité du sol

de la plaine de Gennevilliers, qui facilite l'absorption entière de l'eau déversée à sa surface, cessera forcément dans un avenir plus ou moins prochain, et alors il faudra drainer profondément ces terres, pour que l'évaporation de ces eaux ne constitue pas un autre foyer pestilentiel, sinon recourir à d'autres méthodes d'assainissement.

Il s'agit donc d'étendre au plus tôt, par la canalisation, le service des eaux d'égouts à toutes les terres légères, argilo-sableuses en aval de Paris, comme les plaines de Nanterre, Argenteuil, Franconville et Pontoise, pour les fertiliser en purifiant les eaux du fleuve. L'épreuve est faite, l'exemple donné, il n'y a plus qu'à le suivre. Tous les propriétaires et les cultivateurs intelligents y sont intéressés. L'augmentation de valeur des terrains qu'ils auront ainsi améliorés sera pour eux la source de bénéfices importants. La matière ne manquera pas, car, d'après l'évaluation adoptée des produits de 250 habitants par hectare, les égouts de Paris seul, avec sa population de 2 millions, suffiraient à fertiliser 8 millions d'hectares. Et puisqu'il est démontré que la salubrité, l'assainissement, l'hygiène publique, au lieu d'en souffrir, n'ont qu'à en profiter par la bonté, la valeur des récoltes, l'absence d'émanations atmosphériques, il n'y a pas à hésiter ; aucun danger n'est à craindre, il n'y a que profits à recueillir. L'expropriation au besoin serait justifiée pour cause d'utilité publique.

Cet exemple de Paris ne doit pas être perdu pour les villes de province. Il importe à leur assainissement que toutes les déjections soient recueillies et utilisées pour la fertilisation, surtout pour celles qui ont des plaines stériles, étendues, à féconder dans leur voisinage. Les terres sableuses, légères, perméables, reçoivent cet arrosage avec le plus d'avantages.

Les villes manufacturières dont les usines, les fabriques, versent leurs détritus dans les cours d'eau, y sont surtout intéressées, car ces détritus, qui peuvent être directement utilisés comme engrais, infectent souvent les rivières adjacentes et déterminent des épidémies. Les eaux des féculeries notamment sont dans ce cas. Il n'est pas de village, d'usine, de ferme, de maison, qui ne devrait avoir ses canaux d'égouts pour une bonne hygiène et l'utilisation économique de tous ses produits. L'incurie qui laisse le mal

s'aggraver et attend, pour prendre un parti, l'obligation de la loi ou l'avertissement d'une épidémie est inexcusable, car l'argent dépensé en travaux d'assainissement se retrouve au centuple en bien-être et en prospérité.

Cette infection des eaux de la Seine par les égouts de Paris est démontrée par la mortalité de l'île Saint-Denis entourée de ces eaux. En voici le tableau recueilli par M. A. Fumouze, habitant cette commune.

Années.	Décès.	Habitants recensés.	Nombre des décès sur 1000 habit.	Observations.
1856	23	547	42	
1857	23	»	42	
1861	29	790	36,7	
1862	32	»	40	
1864	42	1050	40	
1865	61	1072	56	Année du choléra.
1866	53	»	49	Année du choléra.
1867	23	»	21	
1872	19	1042	18	
1873	31	»	29	

L'effet délétère de ces eaux, prises comme boisson, se démontre par l'intensité du choléra. En 1866, par exemple, il y a 11 décès pour 1000, tandis que ce chiffre était réduit à 3 à Paris. S'il est difficile, en une question de ce genre, de fixer la part de telle ou telle influence, il parait impossible de ne pas reconnaître ici l'action pernicieuse produite par l'usage d'une eau insalubre. Le nombre des décès, de 40 pour 1000 habitants jusqu'en 1867, en est une autre preuve, car, à partir de cette époque, il n'a jamais dépassé 30 pour 1000 et est même descendu plus bas. Une aussi forte diminution dans le chiffre de la mortalité étant bien établie, il fallait en rechercher la cause et cette cause la voici : on ne boit plus d'eau de Seine dans cette commune. Après le choléra de 1866, justement effrayés des ravages causés par l'épidémie et croyant voir dans l'eau de Seine l'importateur du fléau, les habitants renoncèrent à son usage et, depuis cette époque, ils vont puiser, aux puits artésiens de Saint-Denis ou à ceux qui existent maintenant dans la commune, l'eau nécessaire à leurs besoins.

A cette preuve évidente s'ajoute une autorité incontestable. M. Boudet, qui, en 1859 et 1861, avait déjà été

appelé à étudier l'altération des eaux de la Seine, a été chargé de nouveau par le Conseil d'hygiène et de salubrité de faire de nouvelles analyses de ces eaux. Aidé de M. Girardin, il a opéré plus de 400 analyses en différents points, pendant les mois d'août, septembre et octobre 1874, et constaté qu'en aval des égouts collecteurs, ces eaux ne contiennent que de 1,02 à 1,54 d'oxygène dissous dans un litre, tandis qu'en amont de Corbeil, par exemple, c'est-à-dire au-dessous de ces égouts, cette proportion s'élève à 9,32. (*Acad. des sc.*, novembre 1874.)

Ces résultats démontrent péremptoirement que les égouts sont la cause flagrante de l'insalubrité des eaux de la Seine et de la mortalité énorme constatée à l'île Saint-Denis. Son influence toxique s'exerce sans nul doute bien plus loin, car M. Boudet, en étudiant toutes les phases d'altération et de régénération de ces eaux, a pu constater qu'elles se manifestent sur un parcours de 130 kilomètres du grand fleuve. Que de nombreuses populations riveraines peuvent ainsi en éprouver l'influence toxique par les épidémies de fièvre typhoïde, les diarrhées, les cholérines en résultant !

Il est donc de la plus grande urgence sanitaire et hygiénique, que les eaux d'égouts de Paris, comme le demande M. Boudet, au lieu d'être déversées dans le fleuve, soient portées sur des terrains propres à la culture, comme on l'a déjà fait à Gennevilliers, où elles sont une source précieuse de fécondité et de vie. (*Santé publique*, nos 60, 61, 73.)

Assainissement par les racines. L'énorme quantité de 240 000 mètres cubes d'eaux putrides, répandue chaque jour sur 2000 hectares de cultures maraîchères, avait d'abord fait craindre de créer ainsi un dangereux foyer d'infection menaçant pour la santé des populations environnantes de Gennevilliers, Argenteuil, Colombes, Clichy, Courbevoie, et jusqu'à Paris même, dont les quartiers nord-ouest sont à 2 kilomètres seulement des terrains irrigués. Mais la question est aujourd'hui résolue ; aucune des maladies qu'on serait porté à redouter, comme les fièvres paludéennes, les affections typhoïdes, n'atteignent d'une manière prédominante les habitants des villages les plus rapprochés ; les cultivateurs vivant sur les terrains irrigués n'en sont pas plus atteints, tandis que les riverains de la

Seine, où débouche le grand collecteur, ont une mortalité considérable, comme nous l'avons démontré.

Reste à savoir comment les végétaux opèrent cette merveilleuse épuration de liquides putréfiés et infects, dont l'évaporation est sans nocuité.

On savait bien jusqu'ici que les végétaux sont de puissants agents d'assainissement. L'expérience l'a démontré depuis longtemps pour les terrains marécageux et les cimetières notamment. On l'expliquait par leur absorption et leur assimilation de certains principes et leur exhalation par les feuilles. Ils sont ainsi considérés à juste titre comme les purificateurs de l'atmosphère.

Aux preuves qui en existent partout se joint donc la démonstration péremptoire de ce fait par l'expansion des eaux d'égouts de la capitale dans la presqu'île de Gennevilliers, sans que les populations riveraines ni les maraîchers, vivant sur le sol même qui en est irrigué, en éprouvent le moindre inconvénient.

Au lieu de chercher cette transformation dans les feuilles, suivant l'opinion générale, M. le docteur Jeannel, pharmacien inspecteur du service de santé des armées, l'a étudiée dans les racines, par une expérience très-simple. Il fit macérer, pendant quinze jours, deux haricots blancs dans 200 grammes d'eau. Au bout de ce temps, l'eau, réduite à 120 grammes, était trouble, putride, infecte, et contenait des myriades de bactéries et de monades.

Divisée en deux parties égales, cette eau putride a été mise dans deux verres, le 30 mai 1872. Le verre n° 1, exposé en pleine lumière, a reçu les racines lavées à l'eau pure d'un jeune haricot fraîchement arraché, dont la tige, haute de 20 centimètres, portait trois paires de feuilles. Les racines trempaient dans l'eau putride.

Le verre n° 2 fut placé à côté et abandonné de même à l'air libre pour servir de comparaison à ce qui allait se passer.

Dès le lendemain, la température moyenne s'étant élevée à 16 degrés au-dessus de zéro, la quantité d'eau du verre n° 1 fut réduite à 40 grammes, mais elle était beaucoup moins trouble et moins odorante, moins puante que celle du verre n° 2. La plante était en très-bon état de végétation.

L'eau évaporée est alors remplacée dans les deux verres par de l'eau pure les 1er et 2 juin, et tandis qu'elle s'éclaircit de plus en plus et devient limpide sans la moindre odeur dans le verre n° 1, où la plante continue à végéter, l'eau du verre n° 2 reste trouble et infecte. Le microscope n'y découvre plus ni bactéries ni monades, mais de grandes paramécies fort vives et des infusoires plus petits, des granulations vertes, mobiles, tandis que celle du verre n° 2 reste infecte et remplie de bactéries et de monades.

Cette expérience simple et curieuse a été répétée en ajoutant un gramme de viande à l'eau putréfiée d'une macération de haricots. Les racines d'une avoine ont été jointes à celles du haricot dans le verre n° 3. Or, les mêmes phénomènes notés dans la première expérience se sont exactement reproduits dans la seconde, malgré ces additions et la putréfaction de la viande dans les deux verres.

M. Jeannel en conclut que les racines des plantes en végétation arrêtent la putréfaction des matières organiques en suspension ou en dissolution dans l'eau. Elles fonctionnent comme source d'oxygène, puisque, sous leur influence, les bactéries et les monades, ferments anaérobies de la putréfaction, disparaissent et sont remplacées par les infusoires aérobies qui vivent dans les eaux non putréfiées et relativement salubres.

Il est ainsi démontré que les racines des végétaux assainissent le sol imprégné de matières animales en putréfaction. Elles arrêtent celles-ci en tuant les animalcules qui la produisent et l'entretiennent. (*Acad. des sc.*, avril.)

Eau de mer. Ayant éprouvé les meilleurs effets pour sa digestion de l'usage du pain à l'eau de mer fabriqué à Arcachon, M. le docteur E. Lisle a cherché à étendre cet usage médicinal de l'eau de mer. Ce n'est plus cette fois comme purgatif ni sous forme d'eau transportée et conservée, ainsi qu'on l'a tenté à plusieurs reprises, mais en sirop et élixir. L'eau de mer miellée formant une boisson agréable, il en a fait un sirop en contenant 7 à 8 grammes par cuillerée à bouche, soit 25 centigrammes environ du composé minéral qui l'a constitué. En ajoutant 20 centilitres de rhum à 200 grammes d'eau de mer et du sucre en quantité suffisante, il forme un élixir qui se prend par

cuillerées, pur ou mêlé à deux ou trois fois leur volume d'eau comme le sirop. (*Bullet. de thérap.*, février.)

La médication marine qui se fait par les bains et le séjour au bord de la mer pendant l'été pourra ainsi être continuée de tout temps à domicile par l'usage interne de ces préparations. Les enfants scrofuleux, les femmes chloro-anémiques et tous les malades en proie à un appauvrissement de sang trouveront dans cette médication un moyen précieux de le reconstituer. On se demande pourtant si l'ébullition n'enlève pas à l'eau de mer une partie de ses propriétés. Des observations comparatives, faites sur les malades au bord de la mer avec l'eau de mer sucrée et à domicile, sont donc indispensables avant de conclure.

ÉLÉPHANTIASIS. *Ligature de l'artère fémorale ou de l'iliaque.* Cette opération, qui avait d'abord paru donner des succès remarquables entre les mains des chirurgiens anglo-américains, tellement que l'on comptait 10 succès sur 14 cas (voy. *année* 1867), perd considérablement de sa valeur curative à mesure que les résultats en sont mieux connus. D'une statistique communiquée au Congrès des chirurgiens allemands, par Hueter, il résulte que, sur 9 cas, il n'y a eu que 3 succès, 4 récidives et une mort. Il n'y a donc pas lieu de s'en tenir à l'amélioration immédiate qui paraît s'ensuivre par la diminution du membre et la facilité de la marche, il faut attendre, car la récidive du mal ou des ulcérations, des douleurs nécessitent l'amputation consécutive dans la plupart des cas.

Rotter rapporte ainsi l'observation d'un jeune homme de vingt ans opéré à la clinique d'Erlangen par la ligature de la fémorale droite à la partie moyenne de la cuisse.

Le membre diminua rapidement, les squames épidermiques tombaient détachées par une suppuration sous-jacente avec fièvre intense. Une compression méthodique parut achever la guérison et, cinq mois après, l'opéré était rentré chez lui et ne portait plus de bandage. Mais la jambe recommença bientôt à augmenter de volume et devint le siège d'un eczéma à sécrétion abondante.

EMBOLIES. *Phlébite et gonflement consécutifs.* Ce gonflement n'aurait pas encore été signalé, d'après M. Moutard-

Martin, qui l'a observé pour la première fois chez une dame de quarante-huit ans, présentant les signes d'une lésion mitrale. Prise subitement après dîner, le 8 décembre 1874, d'une douleur violente vers la fosse iliaque droite et qui se propagea bientôt jusqu'au pied et même au gros orteil, avec refroidissement et anesthésie, tout battement artériel de la jambe ayant disparu, elle accusait, le lendemain, une douleur très-vive dans le mollet, avec tension et hyperesthésie très-marquée de la région. On y remarquait quelques rameaux veineux oblitérés ainsi qu'un gonflement œdémateux très-net, sans œdème du pied où il se manifestait parfois auparavant. Une phlébite des veines du mollet s'était donc développée consécutivement à une embolie de l'artère principale du pied. Une plaque de gangrène sèche limitée du pied et des phlyctènes au niveau du gonflement douloureux confirmèrent bientôt ce diagnostic.

Un fait analogue a été observé par M. Bucquoy chez une nouvelle accouchée. Prise subitement de désordres cardiaques très-graves avec angoisse extrême, elle accusa le soir une douleur violente dans la fosse iliaque droite qui se propagea rapidement à la cuisse et au mollet avec douleur violente, refroidissement du membre et cessation des battements de la pédieuse.

Deux jours après, un gonflement considérable, comme celui de la *phlegmatia alba dolens*, avait remplacé la douleur. Il ne disparut que six jours après. La douleur et l'œdème s'étaient montrés avec moins d'intensité du côté gauche.

Il y aurait lieu, suivant M. Dujardin-Beaumetz, d'établir deux catégories d'embolies en raison de ces nouveaux faits : l'oblitération lente produisant la gangrène sèche, et l'oblitération subite amenant le gonflement du membre, et qui en serait le signe. Mais de nouveaux faits sont indispensables pour justifier cette distinction *à priori*.

En effet, dans deux cas d'embolie de l'artère humérale, communiqués par MM. Vidal et Laboulbène, il y avait œdème considérable du membre dans le premier, et absence de ce gonflement dans le second, bien que, dans les deux cas, l'embolie se soit faite rapidement. Dans le cas de M. Vidal, l'oblitération de l'artère s'est faite en deux fois, à deux jours d'intervalle, avec œdème considérable du membre. Le troisième jour de l'oblitération complète, un

léger prurit coïncide avec l'arrivée apparente d'une certaine quantité de sang. Les jours suivants, la teinte cyanique passe par les colorations dégradées de l'ecchymose ; des papules rouges, larges de 6 à 10 millimètres de diamètre, très-prurigineuses, rappelant les engelures, naissent sur la peau du bras et de l'avant-bras. Plus tard, le pouls revient, mais l'ondée est récurrente ; donc une oblitération de la radiale a persisté. (*Union méd.*, n° 5.)

Chez le phthisique de M. Laboulbène, une vive douleur survient tout à coup dans le bras droit, plus froid et immobile. Le pouls cesse le soir même, et il n'y a ni œdème, ni gonflement marqué. Ce n'est que trois jours après, et alors que la gangrène envahissait toute la main et les trois quarts inférieurs de l'avant-bras, qu'un léger gonflement se remarquait. Aussi M. Laboulbène n'admet pas l'œdème comme un fait initial, mais comme une simple complication, secondaire et tardive de la gangrène par oblitération artérielle. (*Soc. méd. des hôpit.*, 1874.)

Mort subite par syncope. — Voy. Fractures.

Embolie cardiaque. *Mort subite par syncope.* S'il est parfaitement constaté par les observations de M. Azam (voy. *année* 1864) et celle de Demarquay (voy. Fractures, 1873) que la mort subite par embolie pulmonaire déterminant l'asphyxie arrive fréquemment dans le cours des fractures, ce n'est pas toujours par ce mécanisme qu'elle a lieu, comme l'enseigne Virchow dans son mémoire. Jamais il n'a vu un caillot, chassé par le sang veineux, s'arrêter dans le cœur droit, et cependant il est rationnel d'admettre, avec M. Vulpian, que le caillot, en traversant le cœur, trouble profondément ses fonctions normales, s'embarrasse dans ses piliers et détermine des palpitations, de la dyspnée avec pâleur, et subsidiairement la mort par syncope. M. Tillaux l'a démontré par une observation concluante. Chez une femme de cinquante-six ans, entrée le 16 février à Lariboisière pour une fracture bi-malléolaire gauche, il se manifesta une vive douleur locale avec tuméfaction, le vingt-troisième jour après la réduction, ce qui eût dû suffire pour faire redouter la phlébite ; mais le relâchement du bandage ayant fait disparaître ces accidents, on n'y

pensa plus, lorsque, vingt jours après, la blessée fut prise subitement, lors de la visite, sans le moindre mouvement, de trouble de la vue, avec pâleur, résolution absolue et arrêt de la circulation et de la respiration. Après une à deux minutes, elle revient à elle, baignée d'une sueur froide ; mais une deuxième syncope reparaît bientôt et détermine la mort.

A l'autopsie, une thrombose se rencontre dans la veine poplitée et la veine fémorale jusqu'à l'arcade crurale ; le caillot adhérent à la paroi veineuse était libre en haut, fibrineux, et terminé en tête de serpent.

L'artère pulmonaire était libre, ainsi que les poumons. Le cœur était surchargé de graisse, et le ventricule droit renfermait, à sa pointe, un caillot, long de deux centimètres environ, intriqué dans les colonnes charnues. Placé à côté de celui de la veine fémorale, il en parut manifestement un fragment.

M. Houel a vu également, en 1864, du trente-sixième au trente-septième jour d'une fracture de la jambe, le blessé être pris soudainement de syncope qui se dissipa heureusement, pour reparaître cinq à six jours après sans être suivie de mort.

Embolie de l'artère centrale de la rétine. Au fait de M. Sichel (voy. *année* 1872), le docteur Schmidt en ajoute un nouveau, observé sur un homme de cinquante-huit ans, déjà atteint d'une parésie du côté gauche due à une embolie cérébrale. La vue de l'œil de ce côté fut subitement abolie, et l'ophthalmoscope montra, dès le lendemain, les artères complétement exsangues et filiformes sans que la pression du globe provoquât les pulsations.

Le malade ayant succombé à des accidents cérébraux, l'auteur put se convaincre, par l'autopsie, de la vacuité de l'artère ophthalmique et de l'oblitération de l'artère centrale de la rétine, à une très-petite distance après sa pénétration dans l'épaisseur du nerf optique, par une masse hyaline, jaunâtre, homogène, ne renfermant pas de globules sanguins, sinon sur les parties adhérentes aux parois du vaisseau. Un autre vaisseau volumineux, placé tout près de cette artère, était aussi obstrué par une masse analogue.

Ces faits infirment donc la prétention du docteur Magnus

soutenant que, dans le cas de cécité brusque, suivie aussitôt d'une infiltration grisâtre nuageuse entre la papille et la macula, il s'agit d'une hémorrhagie dans l'épaisseur même du nerf optique, et non d'une embolie de l'artère centrale, car ce symptôme était très-manifeste ici. (*Archiv fur ophthalm.*, t. XX.)

Embolie de la veine cave inférieure. *Mort subite.* Un homme de cinquante ans se présente au docteur Thomas Browne, le 5 janvier 1874, pour une contusion de la jambe gauche. La lésion paraissait sans importance. Comme le malade avait de nombreuses varices et que la contusion semblait les avoir rendues plus proéminentes, on recommande au malade de prendre la position horizontale. Au bout de peu de jours, il quitte l'hôpital, muni d'un bas élastique. Il y revint le 19 janvier, sa jambe en très-bon état. Surpris par une forte averse en quittant l'hôpital, il courut pour se mettre à l'abri. Presque aussitôt, il se sentit pris de langueur et ne put continuer sa route. Un chirurgien, appelé aussitôt, le trouva anxieux : le pouls faible, intermittent ; la respiration libre et régulière. Il est placé dans la position horizontale avec affusions froides sur la face, alcool et eau. Revenu à lui, il déclara n'éprouver aucune douleur, mais un sentiment pénible de constriction à la base du thorax. Les lèvres et les oreilles devinrent bleues ; la face grippée. Il fit en vain des efforts de défécation. La vessie fonctionnait bien. Alcool à l'intérieur, vomi presque aussitôt. Pouls sensiblement égal. R. 44 à la minute. Tout à coup, il fit un effort de vomissement ; la face, la tête et le cou devinrent livides ; le cœur cessa de battre. Il fit deux ou trois respirations profondes ; après quoi l'action du cœur cessa. Il mourut, trois quarts d'heure après le début de l'accident, sans avoir perdu connaissance.

Autopsie vingt-quatre heures après. Rigidité cadavérique ; la veine cave inférieure, conservée, contenait un caillot, d'un jaune grisâtre, commençant au-dessus de l'oreillette droite et s'étendant en bas jusqu'à la veine iliaque primitive. La partie inférieure de ce caillot était dure, fibroïde ; on en trouvait de semblables au voisinage des varices. (*Lancet.*)

ENDOCARDITE. Endocardite aiguë. Symptomatique de la plupart des affections virulentes ou infectieuses comme la variole, la scarlatine et la rougeole, l'impaludisme, la fièvre puerpérale, la diphthérie, la septicémie, etc., elle s'observe de même dans la granulie ou tuberculose miliaire aiguë, ainsi que dans la méningite tuberculeuse. Aux exemples relatés par Rindfleisch, Lancereaux et Wagner, M. Perroud en ajoute un, observé à l'hospice de la Charité de Lyon, chez une fille de douze ans, entrée le 22 février 1875. Depuis deux mois seulement, elle toussait avec perte d'appétit et des forces et une oppression croissante. Pouls, petit et régulier, à 130 ; le cœur bat dans une étendue exagérée avec souffle très-intense au premier temps, maximum à la pointe, un léger souffle présystolique existe aussi, et un autre, très-dur et très-intense, se perçoit en arrière dans toute la région dorsale ; matité précordiale augmentée. Des râles sibilants et sous-crépitants s'entendent partout avec matité légère entre les deux épaules.

L'accroissement rapide de tous les symptômes amena la mort dans un état de cyanose et d'asphyxie marquée et l'autopsie montra, outre l'hypertrophie du ventricule gauche, une multitude de petites végétations confluentes et rosées sur le bord libre de la valvule mitrale. Il en était rongé ou plutôt finement découpé, ce qui donnait lieu à une large insuffisance. La tuberculose était très-prononcée et généralisée.

En général, c'est sur cette valvule que ces lésions se rencontrent. Le bord en est rougeâtre, soit par imbibition, soit par une vascularisation sensible. Une série de petites nodosités rosées, variant entre la grosseur d'une petite tête d'épingle et celle d'un gros grain de millet, s'observe sur ses bords, formant deux traînées linéaires superposées et parallèles. Ces petites éminences perlées sont coiffées souvent d'un léger revêtement de fibrine. On rencontre ces lésions, à différents degrés de développement, selon que la marche plus ou moins rapide de la granulie leur a laissé le temps de se faire.

De ce fait, M. Perroud conclut : que la granulie est une maladie infectieuse et qu'elle donne lieu, le plus souvent, à la forme végétante de l'endocardite aiguë. (*Soc. des sc. méd. de Lyon*, mars, et *Lyon méd.*, n° 18.)

Endocardite végétante marginale. Variété anatomique de l'endocardite végétante en ce que les productions membraneuses toutes nouvelles et constituées, comme les autres végétations, par de jeunes éléments embryoplastiques, siégent non plus sur la surface des valvules mais sur leur bord; de sorte que la valvule malade, sans augmenter notablement en épaisseur, augmente considérablement en hauteur, jusqu'à la doubler.

Observée par M. Raynaud à l'autopsie d'un célibataire de quarante-six ans apporté avec une hémiplégie gauche et dans une profonde adynamie à l'hôpital Lariboisière le 15 juin dernier. Épuisé et déprimé autant physiquement que moralement, cet homme avait été trouvé étendu dans sa chambre, deux jours auparavant, mais s'aidant encore de ses mains et de ses jambes.

Fièvre considérable, pouls à 136, température à 40°. Aspect typhoïde. Impulsion du cœur des plus vives dans le sixième espace intercostal avec frémissement cataire.

Une endocardite ulcéreuse fut diagnostiquée. Large vésicatoire sur la région précordiale avec potion de Todd additionnée de vingt gouttes de teinture de digitale.

L'examen du cœur montra les cavités droites saines, caillots mous dans le cœur gauche ; valvules mitrales épaissies et opalines ; ecchymose d'un centimètre sur la face auriculaire et près du bord de l'une d'elles terminant un petit vaisseau dilaté et tortueux. Petits grains polypiformes.

Sept ou huit végétations verruqueuses, comme des têtes d'épingle, existent sur l'endocarde près de l'orifice aortique. Les valvules sigmoïdes, saines et transparentes dans leur moitié adhérente, sont épaissies dans leur moitié libre avec surface grumeleuse, mamelonnée, molle sous le doigt. Une végétation membraniforme, très-irrégulière, adhère par un pédicule étroit à l'une d'elles. Leurs bords sont irréguliers, déchiquetés, frangés. L'un est divisé et forme deux lambeaux plats, flottants, inégaux. Sur une autre, le bord même n'existait plus, et la membrane valvulaire formait un prolongement membraneux comme un voile allongé et irrégulier, dentelé et aminci sur les bords, et qui devait flotter au milieu du sang. Après préparation et vue au microscope, ce prolongement se montra bien être une véritable végétation récente et de nouvelle formation.

Malgré l'état typhoïde et adynamique du malade, ce n'était donc pas une endocardite ulcéreuse, mais végétante. C'est montrer que celle-ci peut amener comme celle-là, par les granulations qui se détachent, des végétations et déterminer des embolies capillaires dans plusieurs organes. Deux infarctus rencontrés dans le rein droit et un ramollissement blanc du cerveau en sont les preuves.

Est-ce à dire que ces granulations en voyageant dans le torrent circulatoire, l'empoisonnent par leur décomposition, leur septicité et déterminent l'état typhoïde et adynamique, comme on l'a dit de l'endocardite ulcéreuse ? M. Raynaud ne le croit pas. C'est une simple coïncidence. L'état typhoïde est indépendant et souvent antérieur par les conditions fâcheuses, déplorables où se trouvaient les malades. Les observations d'endocardite végétante sans état typhoïde le prouvent et la chronicité de l'endocardite ulcéreuse suffit à en expliquer la coïncidence. (*Soc. méd. des hôpit.*, juin, et *Union méd.*, n°s 121, 123 et 126.)

ENSEIGNEMENT. Les innovations et les modifications introduites à ce sujet sont si graves et importantes qu'une nouvelle ère en devra dater de cette année si elles sont appliquées. Une loi nouvelle instituant la liberté de l'enseignement supérieur, celui de la médecine y compris, a été promulguée le 12 juillet. Trois Facultés officielles de l'État ont été érigées à Lyon, à Bordeaux et à Lille ; des écoles de plein exercice ont été instituées à Toulouse, Marseille, et de nouvelles chaires créées dans la plupart des écoles secondaires. Et cela sans compter les Facultés et les écoles libres de médecine qui, en vertu de la loi, vont pouvoir s'établir sur les divers points du territoire de la République. En se décentralisant, l'enseignement va donc prendre une grande extension.

Voyons d'abord la loi dont l'article 1er dit : *L'enseignement supérieur est libre.* Tout Français âgé de vingt-cinq ans, toute association légale pourra désormais se livrer à cet enseignement. Voici à quelles conditions : pour les personnes, jouir de ses droits civils et politiques, justifier des diplômes nécessaires pour l'enseignement de la médecine et de la pharmacie comme pour leur exercice, et faire la déclaration de son cours à l'autorité ressortissante avec le pro-

gramme des matières enseignées; pour les établissements libres, trois administrateurs les représenteront et en seront responsables. La réunion de trois Facultés au moins constituera une Université libre et toutes les conditions des Facultés de l'État seront exigées, surtout pour celles de médecine. Ces établissements devront toujours être ouverts à l'autorité pour justifier de l'exécution des conditions imposées. En cas de contravention, les cours pourront être interdits et l'établissement fermé.

Une fois constitués et antorisés, les établissements d'enseignement supérieur pourront acquérir et contracter à titre onéreux, recevoir des dons et legs, mais, en cas d'extinction ou de révocation légale, les biens seront acquis à l'État, qui en fera emploi suivant leur destination primitive.

La collation des grades pourra être faite par les Facultés de l'État ou par un jury mixte composé de professeurs de celles-ci et de ceux des Universités libres qui en auront la présidence. Les élèves des Facultés libres seront soumis aux mêmes conditions préalables que ceux des Facultés de l'État.

Bien des critiques ont été faites à la promulgation de cette loi. On y a vu un grand avantage pour le clergé et les congrégations religieuses, en raison même de leur autorité, de leur hiérarchie et de la facilité qui en résulte pour constituer ces facultés ou ces universités libres. Les évêques peuvent ainsi user de leur pouvoir sur leur clergé pour cette constitution; c'est une association toute faite, alors que rien de semblable n'existe dans le pouvoir civil. Il est donc à craindre qu'il ne s'ensuive des universités purement catholiques dont le mode d'enseignement ne pourra être, en beaucoup de matières, celui qui est actuellement suivi dans les facultés de l'État. Leur participation dans la collation des grades a paru surtout un regrettable abandon des droits de l'État et de sa prérogative si nécessaire au maintien du niveau des capacités scientifiques et professionnelles.

L'un des grands avantages de ces facultés libres sur celles de l'État, c'est d'être affranchies, débarrassées de tous ces rouages d'une longue et étroite filière bureaucratique à laquelle les facultés officielles restent soumises pour opérer la plus petite comme la plus grande réforme, le plus urgent

changement; les autres pourront agir beaucoup plus librement et plus rapidement. (*Union méd.*, n° 94.)

M. Dechambre ne redoute nullement cette liberté et se prononce carrément en sa faveur. Si le principe en est juste, pourquoi tant en redouter les conséquences à cause des avantages immédiats que le clergé catholique seul est appelé à en retirer? C'est à l'État d'abord à lutter avec avantage, et c'est aux positivistes et aux libéraux à lutter plus activement ensuite contre les tendances contraires. Peut-être sortira-t-il de ces luttes des différents partis la nécessité de réformes plus profondes, comme la séparation de l'Église et de l'État, par exemple, qui réduirait le clergé catholique à ses propres ressources.

Mais l'institution du jury mixte, pour la collation des grades, n'a pas également son adhésion. Au lieu de l'organisation, c'est le chaos. Il aurait préféré l'institution de son projet favori d'une école de perfectionnement composée des professeurs les plus célèbres des facultés libres et de l'État, où tout élève serait obligé de passer huit à dix mois pour se perfectionner. Il eût ainsi étudié de près les systèmes contraires et eût pu répondre en connaissance devant le jury mixte formé par cette école supérieure. L'examen serait à la fois plus impartial et plus éclairé. (*Gaz. hebd.*, n° 25.)

Quant à la formation de cette école, l'auteur n'en parle pas. Le recrutement s'en fera-t-il par le concours ou la nomination directe? Dans les deux cas, l'un ou l'autre parti pourra prédominer et la représentation des doctrines pourra bien ne plus être égale. De l'exécution dépend donc le jugement à porter sur cette innovation.

Facultés nouvelles. Elles ont été créées par la loi suivante, votée le 8 décembre 1874, par l'Assemblée nationale :

ART. 1er. Les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie de Bordeaux, de Lyon et de Lille sont supprimées.

ART. 2. Il est établi à Bordeaux et à Lyon des facultés mixtes de médecine et de pharmacie auxquelles devront s'appliquer les lois et les règlements qui régissent les facultés actuellement existantes.

ART. 3. Les offres contenues dans les délibérations du Conseil municipal de Bordeaux, en date du 26 février 1872,

du Conseil municipal de Lyon, en date du 24 juin 1873, et de la Commission municipale de Lyon, en date du 3 mars 1874, sont acceptées.

Art. 4. Le ministre de l'instruction publique déterminera, le Conseil supérieur de l'instruction publique entendu, les conditions et l'époque de l'installation des facultés nouvelles.

Art. 5. Un décret, rendu en Conseil supérieur de l'instruction publique, fixera le mode de présentation pour la première nomination aux chaires des facultés créées par la présente loi.

Par décret du 19 décembre 1874, il a été arrêté que les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie de Lyon et de Bordeaux continueraient à fonctionner selon le mode actuel, jusqu'à ce qu'il puisse être pourvu à l'organisation des facultés mixtes.

Dieu sait combien les lenteurs administratives mettront de temps à cette organisation ! Puisque c'est en grande partie avec les ressources et les sacrifices de ces villes que ces deux nouvelles facultés seront élevées, pourquoi ne pas leur laisser toute facilité de hâter l'exécution des travaux nécessaires?

Écoles de médecine et de pharmacie de plein exercice. Par décret du 14 juillet, il pourra être institué des écoles de médecine et de pharmacie de plein exercice dans les villes qui s'engageront à subvenir aux frais d'entretien du personnel et du matériel de ces établissements. Les professeurs titulaires seront au nombre de dix-sept, répartis dans les chaires d'anatomie, physiologie, pathologie interne et pathologie générale, anatomie pathologique, hygiène et médecine légale, clinique médicale (deux chaires), pathologie externe et médecine opératoire, clinique chirurgicale (deux chaires), clinique obstétricale et gynécologie, thérapeutique, matière médicale, botanique et zoologie élémentaire, chimie médicale, physique médicale, pharmacie.

Les suppléants seront au nombre de huit, dont deux pour les chaires des sciences naturelles (botanique et zoologie élémentaire, chimie, pharmacie), deux pour les chaires de médecine, deux pour les chaires de chirurgie, un pour la chaire d'accouchements et de gynécologie, un pour les cours d'anatomie et physiologie.

Le traitement fixe et éventuel des professeurs titulaires est fixé à 4000 francs; celui des suppléants à 2000.

Les professeurs suppléants, nommés au concours et pour dix années, prendront une part active à l'enseignement et feront des cours accessoires, complémentaires des chaires auxquelles ils sont respectivement attachés.

Il y aura, en outre, un chef des travaux anatomiques au traitement de 2000 francs; un prosecteur d'anatomie et de médecine opératoire (1500 francs), deux aides d'anatomie et de physiologie, cinq chefs de clinique, un chef des travaux chimiques, un préparateur du cours de pharmacie, un préparateur du cours d'histoire naturelle, un préparateur des cours de physique, un préparateur du cours de chimie, chacun au traitement de 1000 francs et un bibliothécaire à 1500 francs.

Un règlement d'administration publique déterminera la durée de la scolarité que les élèves en médecine et en pharmacie pourront accomplir dans les écoles de plein exercice en vue de l'obtention des grades et le montant des droits à percevoir. (*Journal officiel,* 18 juillet.)

Tandis qu'à Marseille, la Commission municipale votait à l'unanimité, moins une voix, le 16 août, une somme de 130 000 francs pour opérer cette transformation de son école secondaire de médecine et que Toulouse s'empressait d'en faire autant, le Conseil municipal de Lille refusait d'imposer ce sacrifice à la ville. C'était s'exposer à la suppression complète de l'école secondaire de médecine, votée par la loi du 8 décembre ci-dessus relatée, pour être remplacée par une école de plein exercice. A défaut de celle-ci, l'autre n'a plus d'existence légale. Les cléricaux auraient ainsi le champ ouvert pour créer une faculté de médecine libre dans ce grand centre et aux portes de la Belgique où ces facultés fonctionnent. La municipalité lilloise a donc été bien imprudente, ou bien cléricale, pour ne pas opérer cette transformation.

Erreur complète, cette municipalité était ambitieuse ; elle voulait une faculté de médecine comme Lyon et Bordeaux. Confirmant ses délibérations précédentes par une autre toute récente, elle en réclame instamment la création en s'engageant à la pourvoir immédiatement, à ses frais, des bâtiments, du matériel et de la bibliothèque nécessaires à son

fonctionnement. Les traitements des professeurs et fonctionnaires, les dépenses d'administration et de régie seront établis d'après le règlement ministériel. Dans l'état actuel, sa conduite est donc de l'habileté sinon un défi à l'autorité officielle ou catholique.

C'est dans cette situation embarrassante et dangereuse où Lille allait être privée de tout enseignement officiel de la médecine, alors que les cléricaux pouvaient en profiter habilement en instituant une faculté libre, que M. Wallon, en présence de la délibération municipale qu'il avait suggérée, s'empressa de rétablir la faculté d'Etat que l'Assemblée nationale avait eu le tort de détruire le lendemain de sa création. Par décret du 12 novembre dernier, rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique, son conseil supérieur entendu, il est établi à Lille une faculté mixte de médecine et de pharmacie, aux mêmes conditions que les précédentes et en acceptant les offres du conseil municipal. La moitié des professeurs sera nommée par décret du ministre après avis du comité consultatif de l'enseignement supérieur. Les autres chaires seront confiées à des chargés de cours ; mais, dans le délai de quatre ans, les titulaires devront être nommés sur la présentation des professeurs en exercice et celle du conseil académique de Douai, sans qu'il puisse être fait plus de trois nominations par an.

Ecoles secondaires. Un décret du 14 juillet a institué aussi dans chaque école secondaire qui n'est pas de plein exercice, quatre emplois nouveaux de suppléants pour les chaires suivantes : clinique et pathologie interne, clinique et pathologie externe et accouchements, anatomie et physiologie, chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle.

Ces additions ont surtout été faites en vue de faciliter les études des élèves du corps de santé militaire qui sont répartis dans plusieurs de ces écoles depuis la suppression de la Faculté de Strasbourg (voy. *année* 1872). Ces suppléants, nommés pour neuf ans, sont ainsi chargés d'enseigner spécialement, pendant un semestre, l'hygiène publique et privée, la chirurgie d'armée et les secours à donner aux blessés en temps de guerre, l'anatomie générale et l'em-

bryogénie, la physique médicale et la toxicologie. Leur traitement est de 600 francs. C'est bien peu.

École d'anthropologie. Grâce à l'initiative de M. le professeur Broca, aux convictions scientifiques et au désintéressement de quelques amis, cette école vient d'être fondée à Paris pour être aménagée dans les bâtiments de l'école pratique avec les seules ressources de souscriptions volontaires. L'anthropologie anatomique, ethnologique, préhistorique, linguistique et biologique, y seront séparément enseignées, ainsi que la démographie et la géographie médicale. Si, parmi les savants, l'élément laïque, plus disposé aux lamentations qu'à l'action, ne trouve pas en lui une énergie de propagande et un esprit de sacrifice qui lui permettent de lutter à armes égales contre ses adversaires et d'opposer faculté à faculté, université à université, qu'il suive l'exemple donné par M. Broca; qu'il installe des écoles restreintes près des Facultés de l'État; des écoles de physiologie, d'histoire médicale, de pathologie générale, etc., qui suffiraient à l'affirmation et à la propagation des doctrines, sans enlever les élèves à l'enseignement des Facultés.

Changement de faculté. Par arrêté du ministre de l'instruction publique, visant l'article 15 de la loi sur l'enseignement supérieur du 12 juillet, tout élève d'un établissement d'enseignement supérieur, public ou libre, qui veut passer d'une faculté dans une autre, en conservant le bénéfice des inscriptions qu'il a prises et des examens qu'il a passés, doit présenter : 1° un certificat de scolarité délivré par le doyen de la Faculté ou le directeur de l'École supérieure de pharmacie, ou de l'École de médecine et de pharmacie d'où il sort, ledit certificat visé par le recteur; 2° son acte de naissance.

En cas de refus du doyen ou du chef d'une école publique de délivrer le certificat de scolarité, l'élève a le droit de se pourvoir devant le conseil académique.

A moins de motifs graves, dont le ministre sera seul juge, les étudiants en médecine sont tenus de subir, devant la même Faculté, l'ensemble de leurs examens probatoires et d'y soutenir leur thèse.

De quelques modifications à introduire dans l'enseignement médical officiel et particulièrement dans l'enseignement de la Faculté de Paris, par M. Hardy, professeur de pathologie interne à cette Faculté ; brochure in-8°, Paris.

C'est d'abord une étude plus profonde des sciences naturelles consacrée par des examens plus sévères du baccalauréat ès sciences, surtout en ce qui concerne la chimie, la physique et l'histoire naturelle. L'application à la médecine en serait ainsi plus facile, rapide et fructueuse.

Création d'élèves instructeurs pour les études anatomiques analogues aux démonstrateurs des écoles étrangères. Augmentation du nombre des cadavres par l'acquisition dans les hôpitaux militaires et les villes voisines de la capitale.

Institution de chaires de clinique spéciales pour les maladies des yeux, des enfants, mentales, cutanées et vénériennes.

Organisation plus stable des cours complémentaires par le corps des agrégés.

De l'enseignement médical; l'enseignement officiel et l'enseignement libre ; création de facultés nouvelles en France, par Gallus. Brochure grand in-8° de 80 pages, petit texte, librairie *Germer Baillière*. Critique vive des institutions actuelles. Mettant en parallèle l'étudiant riche avec l'étudiant pauvre, elle montre que celui-ci a des difficultés à vaincre inhérentes à sa situation qui lui défendent presque les abords de la science, alors qu'il lui a fourni ses plus illustres représentants, et que ces étudiants pauvres sont les hommes de l'avenir. Il en cite les plus saillants exemples. Puis il passe à l'Administration, à la Faculté, et montre ce qu'elles ne sont pas et ce qu'elles devraient être, surtout la Faculté, par l'adjonction de ses agrégés dans l'enseignement actif officiel. Les hôpitaux, les laboratoires, les cours particuliers et l'enseignement libre, la collation des grades et l'exercice sont tour à tour passés en revue au courant de la plume, avec esprit et humour, mais sans réflexion, sans étude, sans avoir creusé ni approfondi le sujet. Ce sont des impressions généreuses et libérales sans doute, — décentralisation, facultés nouvelles, écoles libres, — mais légères et superficielles comme les appréciations. Les institutions comme les hom-

mes n'ont de valeur que par un fonctionnement logique, régulier. C'était là ce qu'il fallait montrer. Une Faculté n'est glorieuse que par son indépendance qui met en saillie la véritable valeur, l'originalité de ses professeurs. Ce n'est que par leur travail soutenu et au prix de toutes les privations que les médecins pauvres sont arrivés au pinacle. Là est le véritable exemple, mais combien d'ambitieux et d'incapables, même de fainéants, ont aussi prétendu atteindre la cime, qui sont restés en chemin ou sont tombés lourdement sans qu'il en soit question ! Il faut montrer les deux faces en toutes choses et il n'y en a qu'une ici.

Female doctors. Consulté par le gouvernement anglais sur l'opportunité d'admettre les femmes à l'enseignement médical et à recevoir leur inscription sur le *medical Register*, le *Medical Council* a décidé affirmativement au nom de la liberté et de la justice. Si les Écoles, les Facultés, les Universités même, indépendantes de l'action de l'État, ont le droit de refuser leur admission et leur examen, c'est au gouvernement à fonder des Écoles spéciales aux femmes et un jury spécial d'État pour les examiner.

Ainsi se trouve résolue cette grave question. Bien que la majorité du Conseil fût hostile à l'éducation médicale des femmes, l'éloquence de sir W. Gull et de M. Humphry a triomphé de toutes les résistances en plaçant la question sur ce terrain élevé.

Mais mis en demeure par une lettre du Conseil privé, adressée au président lors de sa dernière session de juin, de se prononcer sur l'opportunité d'ouvrir l'enseignement et l'exercice de la médecine aux femmes, le *Medical Council* a répondu officiellement après une longue discussion «qu'il était d'avis que l'étude et la pratique de la médecine et la chirurgie, au lieu d'offrir un champ d'activité et de travail très-accessible aux femmes, présentaient au contraire des difficultés considérables qui ne pouvaient être sûrement surmontées et que le conseil n'était pas préparé à dire que les femmes devaient être exclues de cette profession. »

ÉPANCHEMENTS PLEURÉTIQUES. *Diagnostic et gravité.* Malgré une matité considérable occupant tout un côté de la poitrine avec absence absolue de murmure vésicu-

laire chez une petite fille, M. Fabre (de Marseille) n'hésita pas à nier tout épanchement parce que la mensuration dénotait une diminution très-appréciable dans les dimensions de ce côté. L'autopsie démontra des fausses membranes avec adhérences et une induration tuberculeuse des poumons et des ganglions. La mensuration a donc la plus grande valeur à cet égard avant comme après la thoracocentèse.

Quant au pronostic, M. Fabre attache une sérieuse importance aux accès dyspnéiques nocturnes, d'une intensité inquiétante quoique sans douleur, et qu'il ne faut pas confondre avec la dyspnée douloureuse par accès signalée depuis longtemps par M. Pidoux. Ce signe lui a toujours paru le prélude d'une terminaison fâcheuse en indiquant un état grave des poumons.

Le défaut de toux et d'expectoration albumineuse après la thoracocentèse indique aussi la non-dilatation du poumon comprimé ou son imperméabilité, confirmée ordinairement par l'absence de murmure vésiculaire. La récidive de l'épanchement est à prévoir dans ces cas et la mort subite par syncope peut aussi en être la conséquence.

Un homme de soixante-huit ans, venu à pied à l'hôpital et ne présentant qu'un essoufflement rapide, avec grande faiblesse, fut trouvé porteur d'une pleurésie latente et que l'on pouvait croire passive. Matité absolue de tout le côté gauche, avec voussure très-marquée et dilatation d'un centimètre et demi, absence de respiration et déviation du cœur. Les accès de dyspnée nocturne indiquaient de la gravité.

La thoracocentèse donna 4 litres environ d'un liquide citrin non purulent. L'absence de toux, d'expectoration albumineuse ainsi que du murmure vésiculaire, fit prévoir une prompte récidive qui eut lieu en effet peu de jours après. Le malade, s'étant levé une nuit dans ces entrefaites, s'affaissa subitement et rendit le dernier soupir.

Un liquide abondant fut en effet trouvé à l'autopsie avec des fausses membranes très-épaisses emprisonnant le poumon. Une portion du tissu pulmonaire, comme les deux poings était hépatisée et ne pouvait se dilater de nouveau. De là le danger, la source de la dyspnée et de la mort, car le cœur et ses gros vaisseaux n'offraient aucune altération. La même terminaison fatale a eu lieu dans trois autres cas

où l'épanchement siégeait à gauche. D'où l'auteur conclut que le désordre dynamique résultant du refoulement et de la compression du cœur, la dyspnée en favorisant la syncope, ont amené la mort par ce mécanisme (*Marseille méd.*, n° 5.)

Épanchements chez les tuberculeux. Après des recherches datant de vingt ans et fondées sur 896 autopsies, M. Leudet les a rencontrés fréquemment, surtout à une période avancée de la phthisie, dans les formes localisées et torpide, c'est-à-dire lente. 22 fois l'épanchement était considérable, 18 fois avec pseudo-membranes, 2 fois hémorrhagiques, et 2 fois purulents.

11 siégeaient à gauche et 11 à droite, et souvent du côté le moins malade. Le siége ne peut donc servir à en déterminer la nature. Ils peuvent ainsi guérir aussi rapidement et même plus vite que chez les non-tuberculeux. Des 18 cas avec pseudo-membranes, il y a eu 12 guérisons de cette complication. Un épanchement purulent guérit même par l'empyème. (*Association française pour l'avancement des sciences*, 1875.)

Pronostic par l'analyse des liquides. Confirmant ses recherches de 1872 par l'examen du liquide de 71 ponctions faites chez 56 hommes et de 15 femmes atteints de pleurésie aiguë, M. le docteur Méhu, pharmacien de l'hôpital Necker, a constaté de nouveau qu'un chiffre inférieur à 60 grammes d'éléments solides par kilogramme de liquide évaporé à une chaleur continue de 100 degrés C. est toujours d'un pronostic très-grave. La limite inférieure a été de 51gr,59 chez un vieillard de soixante-quatorze ans qui a succombé. En pareil cas, on doit toujours craindre la reproduction rapide de l'épanchement et surtout sa transformation purulente. Plus ce chiffre est élevé, au contraire, et plus la guérison de l'épanchement est certaine et rapide.

Une proportion élevée de fibrine est aussi très-favorable à la guérison rapide ; mais il y a des cas où la quantité en est très-faible sans qu'un pronostic fâcheux doive être porté. C'est quand un épanchement pleurétique s'est formé très-lentement, parfois à l'insu même du malade, et que la ponction n'a lieu que dix ou quinze jours après que la collec-

tion liquide était complète. Dans ces conditions, la fibrine a pu cesser de se dissoudre et se séparer, absolument comme à l'air libre, en formant des flocons fibrineux assez considérables pour ne pouvoir pas s'engager ni couler par la canule du trocart capillaire avec lequel on pratique généralement la ponction aujourd'hui.

On n'en rencontre pas, dans ce cas exceptionnel, parce qu'elle constitue à l'intérieur ces fausses membranes flottantes ou adhérentes trouvées à l'autopsie quand les malades meurent, mais sans que son absence doive être d'un pronostic plus grave.

Sauf ce cas exceptionnel, un liquide pleurétique pauvre en éléments solides, organiques et minéraux, est toujours d'un pronostic grave, car les chances de sa reproduction sont considérablement augmentées. Des révulsifs énergiques sont même indiqués de préférence au renouvellement de la ponction.

Une teinte rouge, même très-marquée, du liquide pleural, ne doit pas être considérée comme un obstacle à la guérison. Mais c'est le contraire quand la proportion des leucocytes ou globules blancs est assez considérable pour les rendre sensibles à l'œil nu par le repos, car ils excluent la presence de la fibrine élastique. Le liquide se reproduit presque toujours dans ces cas et le malade meurt même parfois après le première ponction. Une faible proportion n'est pas d'un pronostic aussi fâcheux.

Ces données, appuyées sur le résumé synoptique des observations, ne laissent pas de doute sur leur exactitude et méritent d'être prises en haute considération.

La dessiccation du liquide extrait peut aussi servir à constater son âge. Il ne se colore pas en brun s'il s'est formé rapidement et s'il est extrait de même. Le résidu fragile et transparent reste d'un jaune clair malgré la persistance de la température continue pendant plusieurs heures après sa dessiccation. Au contraire, le liquide qui a séjourné une ou deux semaines et plus, dans la cavité thoracique, brunit à des degrés divers ainsi desséché.

Un autre caractère de ces liquides anciens, c'est d'être poisseux, collant aux doigts lorsqu'on les extrait. Ils ne sont pas filants quoique de consistance d'huile; les gouttes s'en séparent nettement en coulant. Cette consistance spéciale

est due à la séparation de la fibrine du plasma épanché dans la cavité séreuse. Cette matière est molle et sans l'élasticité de la fibrine ordinaire. En se dissolvant dans le sérum, elle perd les qualités filamenteuses et élastiques qu'elle a dans les liquides récemment épanchés.

Il en est de même quand l'épanchement est purulent. Le poids des matières va en s'abaissant à chaque ponction jusqu'au moment fatal. Il se maintient au contraire à un chiffre élevé quand le malade guérit. Le liquide extrait ne contient jamais de fibrine libre en filaments élastiques comme celui de la pleurésie aiguë ; mais des leucocytes et une matière précipitable par l'acide acétique. Après l'examen de 70 liquides, M. Méhu a constaté que ,au-dessous de 60 grammes de matières solides desséchées par kilogramme de liquide filtré, le cas est des plus graves, tandis qu'il reste encore de très-grandes chances de guérison au-dessus de ce chiffre. Plus le poids des éléments fixes s'abaisse au-dessous de 60 grammes par kilogramme de liquide filtré, plus le malade court rapidement à sa fin. (*Archiv. de méd.*, février.)

Compression intermittente. Imaginée par le professeur Concato (de Bologne), elle consiste, le patient étant couché du côté malade sur un lit résistant, à appuyer fortement du côté sain du thorax avec la paume de la main largement ouverte pendant une durée de cinq à quinze minutes. La diminution de capacité en résultant, évaluée à 480 centimètres cubes, augmenterait de 380 celle du côté malade. Le poumon tend ainsi à se dilater, ce qui favorise la résorption des exsudats contenus dans la cavité pleurale. (*Rivista clin. di Bologna*, janvier.)

Cette méthode n'est évidemment applicable qu'aux épanchements idiopathiques, passifs, peu abondants et réfractaires aux autres moyens. Le temps n'étant pas compté alors, il est très-probable qu'il a une grande part sinon exclusive dans le succès.

ÉPILEPSIE. *Albuminurie consécutive.* Contrairement à l'observation générale, un médecin américain, H. de Witt, dit avoir rencontré constamment de l'albumine dans les urines d'une vingtaine d'épileptiques observés après l'accès.

La proportion était en rapport avec l'intensité de l'attaque. Ce serait donc là un nouveau signe précieux pour constater la nature d'un accès que l'on ne peut souvent voir (*Amer. journ. of med. sciences*, avril.)

Picrotoxine. Le bromure de potassium, qui avait détrôné tant d'autres remèdes, vient d'être détrôné à son tour. Le docteur Planat a adressé au concours de l'Académie de médecine seize observations de guérison confirmée, remontant à 1863 et 1864, d'épilepsies datant de plusieurs années, avec des accès répétés plusieurs fois par mois. Elles ont paru si concluantes à la commission du prix Barbier, qu'un encouragement de 500 fr. a été accordé à leur auteur, en raison du remède nouveau employé. C'est la picrotoxine, extraite de la coque du Levant. Après de nombreuses expériences sur les animaux, desquelles il semble résulter qu'elle porte spécialement son action sur le cervelet, le bulbe et la moelle, ainsi que sur le cœur dont elle arrête les mouvements, il l'a employée contre l'épilepsie. Les crises diminuèrent tout d'abord d'intensité et de fréquence, et, après une durée de neuf à quinze mois de traitement, elles avaient complétement cessé.

Ce n'est pas à dire que ce soit là un spécifique, car de nombreux cas se sont montrés rebelles à ce nouveau moyen ; d'autres n'en ont été qu'améliorés. M. Planat le reconnaît. Il ne faut donc pas espérer réussir du premier coup et n'avoir que des succès.

La toxicité du remède commande de l'employer avec prudence. Un demi-milligramme une à deux fois par jour est la dose maximum au début, sans dépasser ensuite 1 ou 2 milligrammes. Voici la solution employée :

℞ Picrotoxine.	3 centigrammes.
Alcool.	10 grammes.
Eau distillée.	100 —

Mêlez.

Chaque cuillerée à café contient un milligramme du principe actif. Une demi-cuillerée en deux fois par jour dans un peu d'eau sucrée est donc la dose ordinaire du début. Mais ce dosage n'est pas assez précis pour une substance aussi active. Des gouttes le seraient davantage.

Aussi la teinture simple de coque du Levant est-elle d'un emploi plus sûr et facile. 200 grammes de cette coque, macérée pendant quinze jours dans 1000 grammes d'alcool rectifié, donnent une teinture dont l'emploi gradué ne permet guère l'intoxication. Une goutte matin et soir pour commencer, en augmentant de deux gouttes chaque jour, jusqu'à quinze le matin et quinze le soir si la tolérance le permet. On peut même aller plus loin si la diminution des accès le commande. M. Planat a donné jusqu'à cinquante-cinq gouttes. Tant qu'il y a tolérance de la dose maximum, on peut continuer celle-ci jusqu'à disparition des accès. (*Acad. de méd.*, mai.)

Son emploi simultané avec la ciguë vireuse n'a rien produit, mais M. Crichton Browne a trouvé que, comme la strychnine, elle masquait les effets du chloral. C'en serait l'antagonisme suivant lui, car l'un agit comme excitant et l'autre comme paralysant. (*British med. Journ.*, avril.)

Nitrite d'amyle. A l'exemple des médecins anglo-américains (voy. *année* 1873), M. Bourneville l'a employé en inhalations contre les accès et a reconnu, comme eux, qu'il prévient ceux qui sont annoncés par un aura et arrête ceux qui sont en voie de développement. Des attaques d'hystéro-épilepsie, qui duraient depuis plusieurs heures, ont été ainsi arrêtées chez sept malades du service de M. Charcot. L'inhalation donne lieu aux phénomènes suivants : rougeur d'abord vermillon, puis violacée, de la face, des lèvres, de la bouche, de la langue, du cou et des oreilles. Si l'inhalation est momentanément suspendue dans cet état et que l'attaque recommence, la congestion en dépendant, venant s'ajouter à celle produite par le médicament, rend l'aspect du malade effrayant. Le visage est d'une pâleur plombée quand il reprend connaissance. Il y a parfois des nausées, des troubles de la vue, comme Pick l'avait déjà constaté, mais la marche de la maladie n'en a été nullement influencée.

La dose est de 10 à 30 gouttes qu'il faut augmenter rapidement avec l'accoutumance. Ce médicament ne doit donc être prescrit et employé qu'avec réserve, contrairement à la pratique des médecins anglo-américains et allemands. (*Soc. de biol.*, juin.)

A la dose graduelle de trois à vingt gouttes pendant six semaines, James Philip ne fut pas plus heureux sur de nombreux malades. Il en fut de même dans plusieurs cas de manie épileptique. (*Journ. of mental science*, janvier.)

Épilepsie syphilitique. *Diagnostic différentiel.* L'incurabilité trop fréquente de l'épilepsie simple et la possibilité, l'assurance presque certaine de la guérir par un traitement spécifique quand les accès sont symptomatiques d'accidents tertiaires, comme de nombreux faits l'attestent, ont incité M. A. Fournier à en établir le diagnostic différentiel dans une série de leçons faites à l'hôpital de Lourcine. Mais ici la difficulté est extrême. Rien ne distingue extérieurement, dans l'accès, la forme simple de la forme syphilitique, si ce n'est l'absence du cri initial dans celle-ci. Mais ce signe est bien faible, car il n'est pas constant dans la forme simple. Les phénomènes paralytiques d'un membre, de la face ou de toute autre partie du corps, consécutivement à l'accès, sont aussi plus fréquents dans l'épilepsie spécifique, mais il n'y a encore rien là d'absolu, car ils peuvent ne pas se présenter et ils ont lieu parfois dans la forme simple. Le caractère partiel, incomplet, unilatéral de ces accès, avec ou sans conservation de la connaissance, est un caractère plus certain de la forme syphilitique, car ils ne se manifestent presque jamais dans la forme vulgaire.

Aucun signe pathognomonique ne peut donc la faire distinguer à coup sûr. Mais elle est très-probable si aux précédents s'ajoutent des troubles morbides dans l'intervalle des accès, tels que céphalée, accès de petit mal, insomnie, troubles parésiques de plus en plus persistants, troubles sensoriels, etc. Si aux phénomènes paralytiques se joint la névrite optique, signe presque constant d'une affection organique du cerveau, et que l'on découvre par l'examen ou les commémoratifs des antécédents syphilitiques, on pourra la diagnostiquer presque sûrement. Le début des accès de trente-cinq à quarante-cinq ans, sans autre cause appréciable, achèvera la certitude, et lors même que, dans ces dernières conditions, le malade nierait tout accident vérolique antérieur, le droit et le devoir du praticien seraient d'instituer immédiatement un traitement spécifique, ne

serait-ce que comme pierre de touche, car son action se manifeste rapidement. (*Union méd.*, nos 131 et 134.)

ÉPITHÉLIOMA DE LA LANGUE. *Succès des ligatures atrophiantes.* — Voy. *ce mot.*

ÉRYSIPÈLE. *Injections d'acide phénique.* Hueter les a surtout employées en Allemagne en vue de détruire les organismes inférieurs qui, suivant lui, causent toute inflammation. Au lieu des injections de Pravaz, il introduit dans les tissus une longue aiguille tubulée, percée latéralement d'un grand nombre de trous. Le liquide pénètre dans les tissus sous la seule action de la pesanteur. Ses solutions sont à 2 pour 100. Il les emploie au pourtour de l'érysipèle, du côté où il tend davantage à avancer. Douze à trente-six heures suffiraient ainsi à la guérison.

Mais un médecin russe ayant employé ces injections, dans seize cas, n'a observé aucune influence sur la durée, qui fut de huit jours en moyenne. La fièvre ni l'étendue de l'inflammation ne furent diminuées, excepté quand la dose fut assez forte pour produire une légère intoxication. Ce traitement ne mérite donc pas la préférence sur les autres. (*Courrier méd. de Moscou.*)

M. Bœckel ayant fait cinq à six injections autour de l'érysipèle, avec une solution de 1,5 pour 100, obtint la guérison, malgré la gravité extrême de deux cas. Elles furent impuissantes contre un érysipèle traumatique. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, n° 5.)

Contre un érysipèle de la face consécutif à une résection du maxillaire supérieur, Max Muller injecta une solution de 2 pour 100 d'acide phénique qui lui donna un succès semblable, dit-il, à ceux de douze cas précédents. (*Archiv für klin. Chirurg.*)

Quinine. L'érysipèle chirurgical régnait épidémiquement dans le service de chirurgie du docteur Mounier, à l'hôpital de la Charité de la Nouvelle-Orléans, lorsqu'il eut l'idée de prescrire préventivement la quinine à ceux qu'il fallait opérer d'urgence. Il fit administrer 10 centigrammes de deux en deux heures, puis trois fois par jour seulement. Une fistule à l'anus, opérée d'abord dans ces conditions, ne

fut pas suivie d'érysipèle, malgré le séjour de l'opéré, pendant dix-sept jours consécutifs, dans la salle où il en existait plusieurs cas, et la guérison fut complète.

Cette prophylaxie suivie chez plusieurs autres opérés eut le même résultat, tandis qu'un malade atteint d'un rétrécissement du rectum et chez lequel diverses manœuvres eurent lieu pour la dilatation, sans avoir pris de quinine, fut atteint d'un érysipèle local. (*New Orleans med. and surg. Journal.*)

Le ton vague de cette note ne permet pas d'en tirer une conclusion positive. Une statistique des opérés atteints d'érysipèle et de ceux qui en ont été préservés, après l'usage de la quinine, eût été beaucoup plus convaincante. C'est un essai à recommencer et dont l'occasion ne tardera pas à se présenter.

Bains frais. Administrés avec succès chez les petits enfants dès que la température atteint 39°,5. — Voy. *ce mot.*

Silicate de potasse. Avec l'exactitude mathématique qu'il cherche à apporter dans tous ses travaux, M. Alvarenga (de Lisbonne) a badigeonné toute la surface de l'érysipèle avec une solution concentrée de silicate de potasse. Dans 48 cas, même très-graves, où ce moyen seul a été employé, il a constaté l'abaissement de la température, deux heures après l'application, et tous les malades ont guéri dans un espace de temps moins long que d'habitude. Le collodion se trouve ainsi supplanté. Mais il y a bien d'autres moyens isolants. Une solution de gomme arabique, saupoudrée de farine, a suffi à M. Robert de Latour, l'auteur même de la méthode isolante, pour arrêter ainsi un vaste érysipèle de la tête (*Union méd.*, n° 112). Le collodion n'est donc pas le seul agent d'isolement.

Mais l'érysipèle n'est pas toujours local. Sous son apparence extérieure commune, il est assez souvent de cause interne. Un vomitif, dans certains cas, vaut beaucoup mieux que tous les moyens d'isolement. Si donc ceux-ci peuvent réussir seuls, comme le montre M. Alvarenga, ils ne sauraient réussir toujours. (*Do silicato da potassa no tratamento da erysipela*; Lisbonne.)

ESTOMAC. *Percussion.* Si, dans une foule de cas cliniques, il y a une grande importance à délimiter exactement l'aire gastrique, des difficultés réelles s'élèvent à cet effet par les variations mêmes de cet aire suivant la plénitude ou la vacuité de l'estomac et la confusion du son qu'il rend à la percussion avec les organes adjacents. Le docteur Maragliano, après s'être livré à de nombreuses observations à cet égard sur des malades de la clinique médicale de Gènes, trois heures après leur repas, donne, comme caractères différentiels, le son tympanique de l'estomac avec la résonnance beaucoup plus pleine du poumon, de même que celle de l'estomac est plus pleine que celle du côlon transverse. Le malade étant en supination avec le bras gauche le long du tronc, il commence à percuter dans le septième espace intercostal gauche, un centimètre en dedans de la ligne papillaire verticale. C'est là que s'entend ordinairement, avec le plus de clarté, le son tympanique plein caractéristique de l'estomac, et, en percutant modérément ainsi dans tous les sens, on arrive, d'après lui, à circonscrire assez rapidement l'aire gastrique.

220 observations lui ont donné les limites suivantes :

A gauche :	la ligne parasternale gauche dans.	90 cas.
—	la ligne maxillaire verticale.	80 »
—	la ligne marginale gauche du sternum.	40 »
—	la ligne médiane du sternum.	10 »
A droite :	la ligne axillaire antérieure.	120 »
—	la ligne axillaire médiane.	60 »
—	la ligne axillaire postérieure.	20 »
—	la ligne papillaire verticale.	20 »
En haut :	la sixième côte ou l'espace au-dessous	180 »
—	la septième côte.	30 »
—	la huitième côte.	10 »
En bas :	la huitième côte ou l'espace au-dessous.	109 »
—	la neuvième côte.	61 »
—	la dixième côte.	20 »
—	l'arc costal.	30 »

Il s'ensuit que les limites ordinaires peuvent être fixées de la sixième à la septième côte en haut, à gauche, entre la ligne parasternale et la papillaire verticale gauche ; à droite, entre les lignes axillaires antérieure et postérieure, et, en bas, entre la huitième et la neuvième côte. L'aire gastrique a ainsi une figure elliptique dont le plus grand dia-

mètre, de 10 centimètres, est transversal, tandis que le plus petit, de 8 centimètres, est longitudinal.

Un repas abondant, de profondes inspirations, de même que toutes les maladies qui abaissent le diaphragme, notamment l'emphysème pulmonaire et les épanchements pleurétiques à gauche, diminuent l'aire gastrique.

Tel était le cas chez les dix malades où sa limite supérieure descendait à la huitième côte. On pouvait soupçonner des catarrhes gastriques chez ceux dont la limite gauche arrivait aux lignes sternales ou qui descendait jusqu'à l'arc costal.

L'hypertrophie du foie et de la rate, ainsi que les grosses tumeurs spléniques, peuvent faire disparaître complétement l'aire de résonnance de l'estomac. M. Maragliano l'a constatée dans 12 cas.

Ainsi s'explique la différence notable de ces limites avec celles obtenues par Wagner en dilatant l'estomac avec des poudres gazéifères. Elles s'étendaient à 20 centimètres en longueur, dont 5 à droite et 15 à gauche de la ligne médiane, et à une hauteur variant de 15c,2, suivant la ligne parasternale gauche, à 4 centimètres seulement, selon la ligne parasternale droite, avec des intermédiaires pour les autres lignes. Mais c'est la grandeur absolue et non clinique que l'on obtient par ce procédé artificiel, et c'est la connaissance de celle-ci qui est la plus utile en séméiotique. (*La Salute*, n° 1.)

F

FERMENTS. Chaque jour des objections sont posées à M. Pasteur contre sa doctrine de la panspermie pour expliquer la fermentation qui serait la source de la vie. M. Colin (d'Alfort) lui opposait ainsi, l'année dernière, lors de la discussion à l'Académie de médecine, la production des urines ammoniacales et la manifestation primitive des phénomènes de putréfaction dans l'intérieur de l'articulation du pied du cheval et l'intérieur de l'encéphale, bien que ces cavités soient parfaitement closes et à l'abri du contact de l'air. Mais on fit valoir les communications vasculaires et le défaut d'expériences précises pour ne pas tenir compte

de cette objection. M. Pasteur appelait surtout des expériences contradictoires précises, et voici celles que M. Servel a instituées pour répondre à cet appel.

Deux cobayes ont été décapités vivants de manière que la tête, en quittant le tronc, tomba immédiatement dans un bain d'acide chromique. Six jours après, néanmoins, les parties centrales du cerveau étaient putréfiées et contenaient des bactéries. Mais les fosses nasales et la bouche ayant pu contenir des germes de l'air, l'expérience a été répétée sur le foie et les reins de chiens sacrifiés dans ce but par hémorrhagie fémorale avec ligature préalable au niveau du hile pour prévenir l'entrée de l'air par l'ouverture des vaisseaux béants sectionnés. Néanmoins, après cinq jours d'immersion, ces organes présentaient des phénomènes très-sensibles de putréfaction au centre même, avec des bactéries animées, tandis que la surface externe, l'enveloppe pour ainsi dire, était dans un état d'intégrité parfaite. (*Acad. des sciences*, novembre 1874.)

Les résultats obtenus par M. Al. Bergeron dans la clinique chirurgicale du professeur Gosselin sont beaucoup plus concluants. Il a constaté la présence de vibrions dans le pus d'abcès absolument à l'abri de l'air et ouverts avec un bistouri lavé et chauffé préalablement, ainsi que les tubes pour recueillir le pus. Examiné avec un grossissement porté jusqu'à 1400 diamètres dans 18 cas d'abcès chauds et froids d'adultes, d'adolescents et d'enfants, le pus des abcès chauds de l'adulte a seul présenté des vibrions, tandis que celui des enfants n'en contenait pas, ce qui ne veut pas dire qu'on n'en rencontrera jamais. Il n'en a jamais observé, au contraire, dans le pus des abcès froids, ce qui s'accorde avec le fait de M. Nepveu, comme on le verra plus loin.

La présence des vibrions dans le pus serait donc un signe, d'après ces résultats, d'un état inflammatoire sérieux avec tendance à la décomposition des humeurs. Et pourtant l'organisme n'en a pas toujours paru profondément affecté. Aussi, sans rejeter l'influence de ces vibrions sur la pathogénie de l'infection purulente, l'auteur montre qu'elle n'est pas absolue. Leur absence dans le pus des enfants expliquerait même pour lui comment ceux-ci sont le plus souvent à l'abri de cette infection. (*Idem*, février.)

Mais ces déductions pathogéniques sont encore préma-

turées, et tout ce que l'on peut dire, c'est que ces vibrions naissent sans le secours de l'air, car le système circulatoire étant intact, comme le système lymphatique, on ne peut admettre qu'ils soient venus du dehors par ces voies détournées.

Il a pourtant suffi d'une de ces affirmations hasardées pour les infirmer toutes en masse. M. Al. Bergeron ayant avancé que l'hyposulfite de soude tue infailliblement les vibrions et les bactéries, et M. Pasteur ayant observé le contraire, le célèbre panspermiste s'est écrié : quelle confiance peut-on avoir dans des expériences ainsi conduites (*Acad. de méd.*, février)? La prudence, la réserve, sont donc commandées en pareil cas.

En examinant à de forts grossissements, avec les lentilles à immersion, le liquide extrait de collections sous-cutanées, purulentes, hématiques ou autres, sans rapport avec l'air, M. le docteur Nepveu a aussi rencontré parfois, en plus ou moins grand nombre, des micrococcos et des bactéries, tout en passant préalablement dans la flamme d'une lampe à alcool les trocarts capillaires servant aux ponctions. Dans un kyste du flanc gauche, par exemple, qui n'avait pas encore été ponctionné, le liquide extrait étant très-sanguinolent, le microscope y montra des globules rouges en grand nombre, des leucocytes et une grande quantité de micrococcos et de mésobactéries.

Dans un bubon suppuré de l'aine droite, on trouva, dans le pus, de nombreux micrococcos.

Le sang de ces malades n'ayant pas été examiné simultanément, il est impossible de dire si ces microphytes en provenaient, comme on peut l'admettre dans les trois cas suivants :

Une hématocèle kystique, d'origine traumatique, ayant été extirpée par M. Verneuil, huit ans après son début, on trouva des micrococcos dans le liquide de la tumeur ainsi que dans le sang d'une piqûre du doigt.

Dans un kyste épididymaire suppuré du cordon, coiffé d'une hernie, chez un enfant de sept mois, on trouva le pus rempli de micrococcos, de mésococcos et de microbactéries. Il en existait aussi dans le sang général, mais en petit nombre.

A la suite d'une amputation faite pour un anévrysme po-

plité, chez un homme de trente-deux ans, le sang ayant été examiné immédiatement, on y trouva des micrococcos ; celui de la poche anévrysmale en contenait aussi, et, de plus, une assez grande quantité de leucocytes ; quant à la sérosité sanguinolente de l'articulation du genou, elle présentait des microbactéries, des micrococcos et un grand nombre de streptobactéries ou bactéries en chaînette (variété petite). On peut donc admettre que ces microphytes provenaient du sang, sans y voir une origine par contiguïté des intestins ou de la vessie, ni un fait de génération spontanée. Elle est d'autant moins probable que la présence de ces organismes est exceptionnelle dans ces collections sous-cutanées, même purulentes. Dans le pus d'un abcès par congestion, qui avait pour origine une carie vertébrale, et qui n'avait point encore été ponctionné, aucun microphyte n'a été trouvé, malgré l'emploi des plus forts grossissements et les plus minutieuses recherches ; tandis que, dans les étranglements internes, ils ont été souvent observés dans le liquide tiré du sac par ponction capillaire.

C'est le contraire dans les collections métastatiques profondes de l'infection purulente. Ces organismes existant dans le sang des pyohémiques, comme M. Nepveu s'en est convaincu maintes fois depuis 1867, il est naturel et logique de les rencontrer dans les abcès métastatiques, ainsi que Vogt en a démontré la présence par des ponctions sur le vivant.

Mais comment s'expliquer leur présence dans le sang lorsqu'on sait qu'ils ne peuvent pas s'y développer ni y vivre à l'état normal ? On a imaginé de les y placer à l'état de germes venant du dehors, germes dont l'évolution serait subordonnée à l'existence d'un *zymoïde phlogistique* ou *putride* supposé par Billroth expressément pour la cause. Leur pénétration accidentelle dans le sang, les liquides nouveaux et pathologiques, selon le hasard des circonstances, par les veines ou les lymphatiques, a aussi été invoquée. Mais on voit que toutes ces explications sont aussi hypothétiques les unes que les autres, et qu'il est impossible, jusqu'ici, d'en connaître les causes ni le mode de développement. (*Gaz. méd. de Paris.*)

Selon M. Béchamp, l'influence du milieu serait toute puissante sur le développement des microzymas et des

bactéries. Tandis que celles-ci n'apparaissent pas dans la fermentation spontanée des œufs, elles se montrent avec le développement du poulet. C'est ainsi que des bactéries ont pu être observées par M. Servel au centre de viscères plongés dans une solution d'acide chromique qui les tue et isole les tissus organiques de toute influence extérieure. (*Montp. méd.*, avril.)

Tout en proclamant que le développement des bactéries accompagne toute putréfaction, M. Burdon-Sanderson, le représentant anglais de la doctrine française des germes-ferments, ne peut s'empêcher de reconnaître que ces animalcules empruntent les matériaux de leur nutrition, non aux matières albuminoïdes mêmes, mais à leurs produits ultimes de désintégration. Tout en admettant comme possible leur influence sur la putréfaction, celle-ci est donc aussi une condition de leur multiplication. L'effet et la cause s'enchevêtrent sans qu'il soit possible de bien les distinguer.

Son contradicteur, M. Charlton Bastian, s'empare de ces concessions pour soutenir que ces microphytes sont des produits pathologiques dérivant des éléments en voie de mortification. Donc, ils ne sont pas cause, mais effet de la putréfaction. Le rôle des organismes vivants est ainsi beaucoup moindre dans la fermentation que le veut M. Pasteur. (*British med. Journal*, mars, avril.)

Et quant à leur action sur la contagion des maladies virulentes, comme la gonorrhée, l'ophthalmie purulente, l'érysipèle, la pourriture d'hôpital, la fièvre puerpérale, la pyohémie, etc., il cherche à démontrer, dans une longue *address*, lue à la Société pathologique de Londres, le 6 avril, que les bactéries peuvent être engendrées dans l'organisme après la mort, et que leur présence, dans les tissus et les liquides d'individus malades, doit être rapportée à l'altération même de ces liquides et ces tissus dans leur constitution et leur vitalité. Ce sont donc des témoins ou des produits plutôt que des causes de l'inflammation virulente.

Leur influence est encore moindre dans la tuberculose artificielle, la syphilis, la fièvre typhoïde, le typhus, la fièvre récurrente, le choléra, la rougeole, la scarlatine, la variole et autres fièvres contagieuses, dit-il, puisque ces organismes n'ont été constatés que dans le sang de rate et

la fièvre à rechute, et que les virus de la plupart des affections contagieuses perdent leurs propriétés en vieillissant, bien que les microphytes s'y multiplient. De même, de certains liquides septiques ou putréfiés qui perdent leurs propriétés à mesure que les bactéries y pullulent davantage. Et il conclut ainsi qu'il n'y a pas de rapport entre les fermentations et les maladies zymotiques.

Tout en reconnaissant qu'il existe des faits négatifs, M. Burdon Sanderson invoque les faits positifs. C'est que, dans toutes les inflammations destructives, des bactéries ont été constatées dans les parties enflammées par maint observateur sous les noms divers de microzymas, sphéroïdes, micrococci, cocco-bactérie septique, etc. On les rencontre dans la diphthérie, la fièvre puerpérale et dans l'érysipèle en particulier. On les trouve constamment dans les lymphatiques de la peau durant la période d'incubation et seulement en dehors de la zone inflammatoire; ce qui montre qu'elles sont effet et non pas cause. On voit par là la différence de discussion des deux adversaires. L'un est aussi vague que l'autre est précis. (*Lancet*, avril, n° 15.)

Quant à la théorie de la contagion par les germes, les bactéries, ridiculisée par M. Bastian et affaiblie par M. Burdon Sanderson — en ce que, si leur présence est constante dans les liquides septiques, elle n'est pas indispensable, car ces propriétés persistent après leur enlèvement, leur disparition, — elle a reçu une nouvelle interprétation du docteur Maclagan. Lors même, dit-il, que le nombre des bactéries dans les liquides septiques augmenterait proportionnellement à la diminution de l'intensité septique de ces liquides, leur action n'en serait pas moins réelle, car ces organismes prolifèrent et augmentent aux dépens du *contagium* lui-même, entité vivante imperceptible (*living entity minute beyond the reach of all sense*).

Que ce soit la conception des microzymas de M. Béchamp ou de tout autre corpuscule, cette vue nouvelle pourrait lever toute barrière entre les contradicteurs. Assurément, cette théorie des germes est plus satisfaisante que « cette contagion résultant de l'union des fragments de la matière organique morte dont les particules élémentaires sont dans une union chimique occulte et capables de communiquer

leurs propriétés aux autres corps du même ordre » (*Bastian*). Le phénomène de la fièvre avec ceux de la contagion, de la spécificité, de la protection, s'expliquent mieux par l'hypothèse que des particules contagieuses spécifiques, vivant et se multipliant aux dépens des tissus, causent chaque fièvre spécifique ; semblables aux autres parasites, ces particules réclament un terrain spécial pour leur développement, ce terrain étant les lésions locales de chaque fièvre spéciale.

Cette discussion n'a donc eu d'autre résultat que de montrer, comme en France, la diversité des opinions à cet égard.

Action de l'acide arsénieux. En observant comparativement deux mélanges fermentescibles semblables, composés de 5 grammes de levûre de bière et de sucre candi dans 100 grammes d'eau, Johannsohn a remarqué qu'en ajoutant dans l'un quelques centigrammes d'acide arsénieux, la fermentation alcoolique en était entravée, sinon empêchée, surtout les deux premiers jours. Cette suspension est proportionnée à la quantité d'arsenic introduit. Si on l'ajoute pendant la fermentation, celle-ci est de même immédiatement suspendue et d'une manière bien plus sensible que si le poison est ajouté préalablement.

Ce fait est d'accord avec ce qu'on sait de l'action des poisons en général sur la matière vivante : c'est qu'elle est d'autant plus intense sur l'organisme que son activité vitale est plus grande. Les cellules de la levûre, mises en contact avec l'acide arsénieux avant d'être en pleine activité physiologique, éprouvent d'abord dans leur fonctionnement, de la part du poison, un trouble assez notable ; mais, peu à peu, elles s'habituent à ce milieu anormal et finissent même par n'en ressentir les effets que d'une manière très-peu appréciable. Lorsqu'au contraire l'acide arsénieux vient agir tout d'un coup sur ces cellules, au moment où leur activité vitale est dans toute sa force, l'action est alors beaucoup plus intense ; les cellules, surprises en quelque sorte à l'improviste, se paralysent presque subitement et restent pendant un grand nombre d'heures sans donner aucun signe de vie.

En dehors même de la fermentation, la levûre, mise en contact avec l'arsenic, subit une altération progressive

d'autant plus marquée que le contact est plus prolongé, comme il est facile de s'en convaincre en ajoutant du sucre candi au mélange après un temps graduellement plus long. La quantité de sucre fermenté est graduellement moindre, tellement que la levûre peut perdre à la longue ses propriétés fermentescibles.

L'arrêt de la production et de la multiplication des cellules par l'acide arsénieux est ainsi en rapport avec la quantité de celui-ci. A haute dose, il suspend même complétement ce phénomène vital, tandis qu'il augmente le développement des moisissures et du *Bacterium termo* comme Johannsohn s'en est assuré par une expérience ingénieuse. Un grave danger s'ensuit, c'est le développement d'hydrogène arsénié que la multiplication des bactéries, en absorbant les autres éléments, contribue à mettre en liberté. (*Lyon méd.*, novembre 1874.)

Action du chloroforme. De même que le chloral qui en dérive et qui a tant d'analogie avec lui, le chloroforme arrête la fermentation vitale produite par les ferments organisés, mais il est sans action sur la fermentation chimique qui s'opère au sein des végétaux. M. Muntz a conservé à l'air libre, pendant quatre mois, 200 centimètres cubes de lait, additionné de 5 centimètres cubes de chloroforme, sans qu'il se caille ni qu'aucun organisme y apparaisse.

La conservation du lait serait ainsi possible d'après le docteur Barnes. Deux échantillons de 250 grammes du même lait, additionnés, l'un de 10 gouttes de chloroforme, et l'autre de 20, placés dans un endroit chaud et agités de temps en temps, se sont comportés différemment. Après cinq jours, le premier échantillon était caillé, mais le second était en parfait état de conservation. 200 centimètres cubes d'urine fraîche, additionnée de 2 centimètres cubes de chloroforme, sont restés pendant deux mois à une température de 25 à 30 degrés sans subir la fermentation ammoniacale et sans qu'aucun organisme n'y apparaisse également.

Au contraire, 2 grammes d'orge germée sèche contenant 5 centigrammes de glycose, mis en contact avec 40 centimètres cubes d'eau et 5 de chloroforme, ont donné lieu à la formation de 52 centigrammes de glycose en cinquante

heures, tandis que la même expérience, répétée sans chloroforme, en donna 54 centigrammes seulement. 10 grammes de tourteau d'amandes amères, contenant 6 milligrammes d'acide cyanhydrique, mis en contact avec 300 centimètres cubes d'eau et 5 de chloroforme, ont développé 32 milligrammes d'acide cyanhydrique en soixante-dix heures, de même que sans chloroforme. D'où cette conclusion que les fermentations chimiques ne sont pas entravées ni même ralenties par la présence de l'agent qui arrête sûrement, au contraire, la formation des ferments organiques. Il est donc permis d'espérer que l'on pourra distinguer par ce moyen les virus qui agissent dans l'organisme à la manière de la diastase et ses analogues d'avec les liquides altérés ou les ferments organisés produisant des symptômes de septicémie que l'on attribue à des animalcules, des vibrions. (*Acad. des sciences*, 17 mai.)

Il est probable que, plus puissant, le nouvel acide salicylique qui empêche la transformation de l'amygdaline par l'émulsine, la germination des graines et la fermentation de la levûre de bière, empêcherait de même et la fermentation organisée et la fermentation chimique. C'est pourtant un problème à résoudre comparativement.

Thymal. Son action serait supérieure à tous les autres fermentescibles, selon le docteur Lewin. L'albumine, le lait, additionnés d'une petite quantité de ce produit, peuvent se conserver pendant des mois. L'urine reste intacte pendant cinq semaines; des solutions de gomme ou de colle restent inaltérées pendant plusieurs mois. Le pus putride perd immédiatement son odeur en l'additionnant de quelques gouttes de thymal et reste sans altération jusqu'à dessèchement complet; ses effets septicémiques sont nuls. Il désinfecte très-bien les salles d'hôpital. (*Centralblatt med.*, n° 21.)

Air comprimé. Il tue tous les êtres vivants, d'après les expériences de M. P. Bert. Il devait donc arrêter la putréfaction due aux animalcules du groupe des vibrions. Les expériences ont montré, en effet, qu'il la ralentit ou l'arrête suivant son degré de pression.

Au contraire, M. Bert a constaté que la salive, le suc

pancréatique, la diastase végétale, la pepsine, la myrosine, l'émulsine, et toutes les fermentations diastasiques, persistent malgré la compression la plus énergique. Elles ont conservé tous les pouvoirs à la sortie de l'air comprimé et restent ensuite sans altération en flacons pendant un temps illimité.

Ainsi, l'oxygène à forte tension arrête les fermentations proprement dites, qui ne reparaissent plus quand on rétablit la pression normale ; il tue les êtres ferments, tandis qu'il est sans action appréciable sur les ferments diastasiques, qu'il permet même de conserver actifs pendant un temps illimité.

Cette méthode nouvelle d'analyse pourra donc être utilement appliquée à l'étude des problèmes qui divisent encore les physiologistes. Le sang charbonneux, le sang des maladies infectieuses, les liquides pathologiques, les virus, les venins, doivent-ils leur action à des corpuscules analogues aux vrais ferments, ou à une altération des liquides agissant à la manière d'un ferment diastasique ? Les résultats constatés après le séjour dans l'air comprimé devront apporter sur cette question des lumières nouvelles. (*Acad. des sciences.*)

Mais on doit se demander si M. Bert n'a pas ajouté un paradoxe de plus à l'histoire expérimentale du rôle de l'oxygène, tel qu'il le comprend. Cette influence sur les ferments ne serait-elle pas tout simplement le résultat de la *forte tension*, qui pourrait bien, à elle seule, être mortelle pour les êtres microscopiques, quelle que soit d'ailleurs la substance gazeuse soumise à cette tension ?

FIBROÏDES UTÉRINS. *Compression intra-pelvienne.* Ce danger est plus grand qu'on n'était porté à le croire en raison de l'extrême rareté de cet accident et quelques faits disséminés dans la presse. M. le docteur Hüe a pu en collecter quatorze exemples authentiques et deux personnels des plus intéressants. Ce n'est pas seulement sur l'intestin que cette compression peut porter, mais sur l'appareil urinaire. Quatre fois, l'aplatissement des uretères a déterminé l'altération des reins et provoqué une intoxication mortelle. Deux fois, la distension de la vessie par compression du col a entraîné la mort de la même manière. Dans les huit autres cas, l'intestin était frappé d'une occlusion plus ou

moins complète qui a déterminé sept fois la mort. C'est la démonstration de la gravité de cette compression intra-pelvienne.

Les tumeurs les plus volumineuses ne sont pas les plus redoutables ; celles qui sont enclavées dans le petit bassin, quoique d'un volume restreint, sont les plus dangereuses en raison même de leur siége. Il s'agit donc de les déplacer, de les élever au-dessus de l'excavation afin que, ne rencontrant plus la paroi osseuse du petit bassin comme obstacle à leur développement, elles ne compriment plus aussi énergiquement les organes creux qui s'y trouvent.

Tel fut le moyen employé, avec succès, dès 1860, dans le cas de M. Duchaussoy, et suivi par Kidd (de Dublin), en 1871. Aussi, en tenant compte de ces faits, aussi bien que du déplacement possible de la tumeur constaté à l'autopsie dans les cas de MM. Herrgott et de Boyer, M. Guéniot concluait-il, dans son rapport de 1873 à la Société de chirurgie, à l'indication de tenter ce refoulement en plaçant la femme dans une attitude favorable au déplacement des viscères vers le diaphragme, c'est-à-dire la tête en bas et le siége en haut.

C'est ce que M. Hüe, pouvant profiter de ces enseignements, a fait avec succès dans ses deux cas. Sachant par expérience que ces fibroïdes se compliquent très-rarement de péritonite adhésive et que les adhérences aux organes voisins sont peu à craindre, il conclut que l'on est autorisé à tenter de sérieux efforts pour les repousser, les refouler en haut, dût-on même encourir, par les efforts soutenus et énergiques, quelques risques de péritonite adhésive. Comme les chances de succès sont en raison de la mobilité de ces tumeurs, de leur pédiculisation, il conseille de recourir de bonne heure à ces tentatives de refoulement et aussitôt que les accidents de compression se manifestent. Voici, à l'appui, le résumé des deux cas où il a appliqué cette méthode avec succès :

I. Femme de trente-neuf ans, mariée à dix-sept ans, n'ayant jamais eu de grossesse. Après plusieurs alternatives de sciatique à droite, pesanteur dans les lombes et le bassin, rétention d'urine et constipation opiniâtre datant de dix ans, il se produit une obstruction telle que la malade, usant journellement 20 centigrammes d'opium pour calmer ses souf-

frances, était obligée de recourir à l'extraction digitale des scybales pour se soulager.

Appelé en consultation le 21 janvier dernier, M. Hüe constate l'existence d'une série de tumeurs, s'étendant depuis le pubis jusqu'à l'hypochondre gauche, formées par les matières durcies dans le gros intestin. Le canal vaginal était presque effacé. En y pénétrant, l'index rencontrait une masse arrondie, légèrement bosselée, d'une dureté presque osseuse, et qui, refoulant le col utérin contre le pubis, aplatissait le rectum en arrière contre la face antérieure du sacrum.

La tumeur offrant une certaine mobilité, M. Hüe fit placer la malade en travers de son lit, appuyée sur les genoux et les coudes, les reins abaissés et invitée à respirer largement. Par des pressions manuelles et progressives, exercées de bas en haut sur la tumeur à travers le vagin, elle s'ébranla et monta lentement dans le petit bassin, puis se dégagea au-dessus du détroit supérieur et vint finalement proéminer à l'hypogastre où elle fut maintenue par un pessaire en bilboquet et un bandage en T.

La force de ces manœuvres, évaluée à 10 ou 15 kilogrammes, ne détermina qu'une douleur modérée. Aucune trace de péritonite ne s'ensuivit. L'urine était exempte d'albumine. 40 grammes d'huile de ricin suffirent à débarrasser l'intestin. Au commencement d'avril, cette dame avait recouvré de l'embonpoint et se trouvait dans un état très-satisfaisant.

II. Une veuve de quarante-sept ans, multipare, était sujette, depuis trois ou quatre ans, à des constipations opiniâtres suivies de diarrhée. Envies fréquentes d'uriner. Règles douloureuses. L'examen constate une tumeur solide, indolente, du volume d'un utérus à cinq mois de gestation, s'élevant du petit bassin jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. L'excavation pelvienne en était remplie et le vagin effacé. Le col utérin, rejeté en arrière, proéminait sur cette tumeur d'une dureté fibreuse et semblait en faire partie. Très-peu mobile, elle aplatissait le rectum sans que l'index put pénétrer au delà.

La malade, placée convenablement, M. Hüe parvint, avec deux doigts portés alternativement dans le vagin et dans le rectum, à ébranler la tumeur et à la repousser peu à peu

jusque dans l'abdomen sans que la malade se plaignît beaucoup de la manœuvre. Elle se déclara immédiatement allégée d'un grand poids. Un support fut placé aussitôt comme dans le cas précédent. 30 grammes d'huile de ricin firent rendre des gaz et des matières fécales en abondance et l'opérée se rétablit complétement.

Dans l'impossibilité d'opérer aucun déplacement par ce moyen, M. Kidd, dans le cas signalé plus haut, introduisit un sac de caoutchouc dans le rectum et le distendit ensuite d'eau. La tumeur en fut ainsi graduellement élevée au-dessus du détroit abdominal, le col, en s'abaissant, reprit sa position normale et un pessaire maintint les parties dans cette position, après que le sac de caoutchouc fut retiré. La rétention d'urine ne se reproduisit plus. (*Soc. de chirurgie*, juillet, n° 7.)

C'est donc là une ressource précieuse que les praticiens ne devront pas négliger avant de tenter d'autres moyens. Autant que possible, il faut s'assurer de la mobilité de la tumeur à défaut de pouvoir constater si elle a un pédicule; car, autrement, des efforts de 10 à 15 kilogrammes pour la soulever pourraient entraîner des lésions de l'utérus ou des organes auxquels elle adhère.

Injections d'ergotine. De l'analyse de 103 observations de fibromes utérins traités par l'ergotine en injections, suppositoires ou par l'estomac, le docteur Byford a trouvé 23 guérisons et une diminution dans 38 cas avec suppression des métrorrhagies. 19 autres cas furent plus ou moins améliorés sans diminution sensible de la tumeur. Cette statistique est donc très-encourageante pour l'emploi de ce remède, mais non en injections hypodermiques, à cause de la douleur et du gonflement local qu'elles provoquent en général. (*Med. Examiner*, juillet.)

La statistique de l'auteur même de cette médication, Hildebrandt, n'est pas aussi favorable : sur 16 cas, il y eut cessation des troubles fonctionnels et diminution du polype dans 5; il n'y eut qu'une amélioration de ceux-ci dans 9, et insuccès complet dans 2. (*Beitr. z. Geburt und Gynecol.*)

En continuant à employer cette forme médicamenteuse, d'origine allemande, Spiegelberg cherche à distinguer les cas où ces injections sont spécialement indiquées. Les tu-

meurs interstitielles ou myomes lui paraissent justiciables de ce médicament.

Fehling est du même avis, et croit qu'elles restent inefficaces sur les fibromes. Ayant pratiqué 48 injections, dans l'espace de trois années, sur un fibro-myome qui avait 16,7 de hauteur, il fut réduit à 10,5 sous leur influence, alors que les métrorrhagies et les douleurs avaient cessé dès le début de leur emploi.

Chrobach a obtenu le même résultat dans 6 cas où 156 injections furent pratiquées ; mais des abcès, des indurations sont survenus dans quelques cas. Au contraire, MM. Martin et Loehlein n'ont obtenu que des résultats négatifs dans plusieurs cas de myomes. Les métrorrhagies et les douleurs persistèrent même dans quelques cas. Les indications de leur emploi ne sont donc pas plus précisément déterminées aujourd'hui qu'hier. (*Archiv für Gynecol.*, 1874.)

De la valeur de l'hystérotomie dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus, par le docteur Samuel Pozzi; in-8° de 160 pages avec une planche, 5 figures et de nombreux tableaux. Cette thèse d'agrégation en chirurgie a couronné un concours remarquable de son auteur, qui a été nommé le second. Elle se divise en deux parties : hystérotomie abdominale, et hystérotomie vaginale. La première est la plus importante, bien qu'elle remonte seulement à Kœberlé, qui l'a pratiquée le premier, de propos délibéré, contre une tumeur fibro-cystique de l'utérus. D'un tableau de 119 cas comprenant les fibromes et les tumeurs mixtes ou fibro-cystiques les plus dangereuses, il a trouvé 77 morts, soit 64,7 pour 100. C'est la condamnation éclatante de cette ressource ultime. Il en ressort pourtant, par 18 observations justificatives, qu'elle est surtout indiquée contre les tumeurs fibreuses et fibro-cystiques à évolution rapide, galopante, menaçant rapidement la vie; celles qui se développent lentement sont plus dangereuses.

La seconde partie, moins étendue, traite des divers modes d'hystérotomie vaginale avec leur appréciation différentielle d'après les faits. 64 cas d'énucléation de tumeurs intra-utérines ne donnant que 16 morts semblent devoir rendre ce procédé moins dangereux, mais il en serait peut-être autrement si l'on pouvait analyser cette statistique.

Fibrome molluscum. — Voy. TUMEUR HYPERTROPHIQUE DE LA PEAU.

FIÈVRES. *Sulla teoria della febbre* (Théorie de la fièvre). Un vol. in-8° de 132 pages, par le docteur A. Murri, aide de la clinique médicale de l'Université de Rome. Fermo, 1874. Historique des deux théories régnantes sur la cause nerveuse ou clinique de la fièvre. Des expériences sur les chiens avec l'examen de la température intus et extra, avant et après la section de la moelle, ayant montré qu'elle s'abaisse constamment, tandis qu'elle s'élève si l'on injecte une matière septique dans le sang, l'auteur rejette la théorie allemande d'une cause purement nerveuse, et adopte la théorie chimique comme rendant mieux compte des variétés qui s'observent, selon les divers individus, dans l'intensité et les formes diverses de la fièvre.

Fièvres intermittentes. *Eau-de-vie quininée.* M. Dorville, dans sa thèse inaugurale, montre, par des observations, combien l'association de l'eau-de-vie au sulfate de quinine, depuis longtemps employée et signalée par M. Hérard (voy. *année* 1866), augmente les propriétés et l'efficacité de ce sel. 50 centigrammes à 1 gramme suffisent ainsi, même au moment du frisson, ce qui rend cette pratique précieuse pour combattre les accès pernicieux.

De la dégénérescence palustre, mémoire lu à l'Académie de médecine, dans sa séance du 22 avril 1873, avec 8 photographies prises sur nature, par le docteur Edouard Burdel, médecin de l'hôpital de Vierzon. Paris, 1875.

Fièvres typhoïdes. Un signe a été rencontré plusieurs fois au début chez les enfants par le docteur Marcé, alors que le diagnostic est encore impossible. C'est une matité à la base du poumon droit et en arrière qui est due à une augmentation du foie. A la percussion, elle simule un épanchement pleurétique alors qu'en avant la différence est presque insensible. On comprend combien ce signe serait précieux, s'il était constant, pour établir le diagnostic au début, et s'il se montre chez les adultes comme chez les enfants. (*Soc. de méd. de Nantes,* juillet.)

Le docteur Eichhorst a observé, dans le sang pris aux extrémités d'un typhoïde, un certain nombre de très-grosses cellules incolores, finement granuleuses, dont le diamètre était quatre à six fois plus grand que celui des leucocytes. Il y en avait deux à quatre dans chaque goutte de sang, et elles renfermaient, à l'intérieur, deux à cinq disques d'un jaune clair ressemblant aux hématies en forme et en dimension, mais un peu plus foncés en couleur.

Les cellules enveloppantes étaient de nature contractile et présentèrent ces hématies pendant cinq jours consécutifs; elles disparurent tout à coup. La composition du sang ne changea ni avant ni après.

Ce fait n'ayant jamais été signalé, selon l'auteur, il l'appelle une découverte curieuse. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*)

Mais l'existence de ces grandes cellules lymphatiques contenant des globules rouges est un fait physiologique constaté depuis longtemps dans le sang des typhisés. M. Cornil les a spécialement constatées dans le sang de la rate et des ganglions lymphatiques de trois typhisés morts au troisième septenaire. Une gouttelette de ce sang, mélangée avec du picrocarminate d'ammoniaque, et placée entre les deux lamelles, contenait une centaine de ces cellules, volumineuses et étalées, à contours irréguliers, avec un ou plusieurs globules rouges, intacts ou réduits dans leur protoplasma granuleux. On y trouve aussi des granulations brunes d'hématosine. Ce sont des globules blancs ou cellules lymphatiques. Elles existent en nombre considérable et se multiplient d'une façon remarquable dans la fièvre typhoïde.

M. Cornil a constaté aussi les mêmes lésions inflammatoires des ganglions mésentériques que dans les lymphangites suppurées. (*Soc. de biol.*, 26 juin.)

Aconit. Une épidémie de fièvre typhoïde s'étant développée à Rouen, à la fin de 1873, M. le docteur Deshayes, médecin de l'Hôtel-Dieu, a soumis 40 de ses typhisés à l'emploi exclusif de l'alcoolature d'aconit-napel sauvage, savoir : 28 à l'hôpital dont il rapporte sommairement les observations, et 12 en ville, en général plus gravement atteints. 10 typhisés y ont également été soumis à l'Hôtel-Dieu par

M. Levasseur. C'est donc 50 malades dont 2 seulement sont morts à l'hôpital pour y être arrivés tardivement et n'avoir pu prendre l'aconit au début. Une pneumonie suppurée a été constatée à l'autopsie de l'un d'eux.

Selon l'auteur, ce médicament n'a de valeur réelle qu'à la condition d'être administré dès l'apparition des premiers symptômes, surtout dans les formes graves, ataxiques et adynamiques; plus tard, lorsque l'inflammation, la malignité ou la putridité ont pris le pas, il n'est pas aussi efficace. Modérateur par excellence du pouls et de la chaleur, c'est surtout contre ces symptômes qu'il s'adresse. Aussi, ne faut-il pas tenir compte de la forme ataxique ou adynamique de la fièvre pour l'employer. L'élévation de la température en est surtout l'indication et la mesure de la dose. Donnée à 1 gramme, dans les vingt-quatre heures, dans 120 grammes d'eau, l'alcoolature d'aconit peut être élevée à 1gr,50 et même 2 grammes suivant l'élévation de la température. Son action sédative est ainsi évidente sans déterminer d'effets toxiques.

Il faut ajouter pourtant que du bouillon de veau dans les formes inflammatoires, de bœuf dans les formes adynamiques, est donné par tasse, toutes les heures, dès le début. C'est assurément là une partie intégrante du traitement, les complications sont d'ailleurs combattues par les moyens habituels et appropriés : compresses froides fréquemment renouvelées sur le front contre la céphalalgie, opium, glace, eau de Rabel contre les hémorrhagies intestinales, sinapismes contre l'engouement pulmonaire, etc., mais tout en continuant l'aconit tant que le thermomètre marque 38 degrés. On le remplace alors par une alimentation progressive et 4 grammes d'extrait aqueux de quinquina rouge par jour dans une solution gommeuse.

Sous l'influence de cette médication, les sueurs surviennent presque constamment quelques jours après son emploi. C'est le signe d'une prochaine défervescence. Ces sueurs persistent parfois jusqu'au moment de la convalescence malgré l'emploi des toniques et des reconstituants.

Du troisième au quatrième jour, les urines, de rares et chargées, deviennent abondantes, limpides et claires.

De même de l'abondance des taches rosées lenticulaires et des sudamina. C'est une véritable éruption confluente

qui, loin d'être inquiétante, est d'un pronostic favorable.

La langue et toute la cavité buccale subissent la même influence. De sèche et brûlante, elle devient humide et fraîche comme la peau à mesure que la détente se produit.

L'action de l'aconit est donc manifeste sur les fonctions de la peau. Aussi la desquamation de l'épiderme, l'exfoliation épidermique, comme après la rougeole, est-elle presque constante et se manifeste de bonne heure. (*Gaz. hebd.*, nos 39, 40 et 42.)

Il eût été nécessaire, pour rendre ce travail concluant, non-seulement d'indiquer la moyenne de la durée de la maladie, mais aussi l'époque précise de ces phénomènes diaphorétiques sur lesquels l'aconit semble avoir une action spéciale. Ce n'est qu'à cette condition démonstrative que l'on peut lui accorder le crédit qui lui est attribué par l'auteur.

Hernie intercurrente. Des vomissements incessants et un hoquet continuel s'étant déclarés au dix-septième jour d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité avec constipation opiniâtre, M. Roux, trouvant ces symptômes insolites, en chercha l'explication. Il l'a trouva dans une hernie assez volumineuse qui s'était fait jour à travers le trou obturateur pendant un effort de défécation. Depuis dix jours qu'elle s'était produite, il y avait eu suppression complète des selles. Malgré la réduction momentanée et une selle abondante, la hernie se reproduisit avec les vomissements et le hoquet, et la mort survint dans un profond collapsus. (*Marseille méd.*, décembre 1874.)

La température, dont il n'est pas question, aurait pu indiquer la nature de la complication, si elle eût été prise, en indiquant un abaissement considérable. Il y a eu évidemment de l'incurie dans ce cas qui peut servir de leçon.

Fièvre puerpérale. *Peut-elle se transmettre par l'accoucheur ou la sage-femme?* Cette transmission est prouvée par trop de faits aujourd'hui, selon M. Charpentier, pour que l'on puisse se borner à la considérer comme probable. Et il invoque à l'appui les travaux des médecins allemands, anglais et français. (*Arch. de méd.*, juillet, p. 100.)

Et cependant cette propriété contagieuse est loin d'être

établie en obstétrique comparée, où elle est certainement plus facile à constater qu'en obstétrique humaine. Aussi, les accoucheurs anglais se sont-ils montrés moins affirmatifs que le jeune accoucheur français dans la solution de cette question difficile à élucider.

Plusieurs sages-femmes ont été poursuivies en Angleterre pour avoir communiqué la fièvre puerpérale à leurs accouchées et s'être ainsi rendues coupables d'homicide par infection. Le jury les a acquittées tout en regrettant que la pratique obstétricale soit placée dans d'aussi dangereuses mains. On sait, en effet, qu'en Angleterre les sages-femmes exercent sans instruction spéciale ni diplôme. Ce sont des matrones. — Voy. ACCOUCHEMENTS, 1873.

L'*Obstetrical Society* de Londres, saisie de la question, a approuvé cet acquittement parce que, autrement, il n'y aurait pas de raisons pour que, à un moment donné, la même mesure ne fût prise contre un praticien régulier. Des accoucheurs estimés ont ainsi, plusieurs fois, reçu du *coroner* l'ordre de cesser momentanément d'accoucher, parce qu'une ou plusieurs de leurs malades avaient succombé à une maladie contagieuse.

En présence de l'incertitude de nos connaissances actuelles, il est impossible, a dit M. Mathieu Duncan, d'encourager des mesures répressives contre des obstétriciens et de permettre aux tribunaux de poursuivre et de condamner des individus accusés d'*homicide par infection*. L'intervention du coroner, à ce sujet, est tout à fait regrettable. Si les accoucheurs étaient punis pour avoir transmis des maladies infectieuses, les médecins et les chirurgiens y seraient exposés au même titre.

La condamnation à six mois d'emprisonnement d'Élizabeth Marsden, aux dernières assises de Manchester, comme ayant transmis la fièvre puerpérale à ses accouchées, dont deux sont mortes en janvier et deux en février, est de nature à changer ces heureuses impressions. Le corps médical anglais est ainsi sous le coup de la même responsabilité, ainsi que les médecins de tous les pays, si cette jurisprudence se généralise. — Voy. JURISPRUDENCE.

Gangrène vulvaire. M. Humbert l'attribue, quand elle survient chez les nouvelles accouchées, à une sorte d'intoxica-

tion puerpérale tenant de la fièvre de ce nom. — Voy. GANGRÈNE.

FISSURE ANALE. *Dilatation forcée sans chloroformisation.* Les dangers inhérents à la chloroformisation ont suggéré à M. Guyon diverses modifications permettant de n'y pas recourir pour une opération si simple, mais en même temps si douloureuse. La solution du problème était donc d'atténuer la douleur. A cet effet, au lieu de se livrer à l'exploration ordinaire qui est une cause sérieuse de souffrances, il promène le bout de l'index sur la circonférence de l'orifice anal en appuyant successivement aux quatre points cardinaux pour rechercher le siége précis de la douleur. Orienté ainsi par la localisation même de la souffrance provoquée, il écarte doucement, sans tâtonnements ni manœuvres indécises, les plis de la marge de l'anus, au niveau même du point déterminé, et découvre ainsi la fissure.

L'index, bien graissé, se glisse alors doucement sur la paroi *opposée à la fissure* en la déprimant fortement de manière à s'y loger sur toute sa longueur comme dans une gouttière. Ainsi pratiquée, cette introduction n'a rien de douloureux en ne dilatant pas l'orifice malade et se creusant un chemin aux dépens d'une paroi saine, souple et aussi facile à distendre qu'à l'état normal. Le chirurgien, se servant alors de ce doigt ainsi placé comme à un conducteur, glisse rapidement l'index de la main opposée sur sa face dorsale et, en même temps, il exécute brusquement, et d'un seul coup, par un mouvement simultané de circumduction des deux doigts, en sens inverse, la deuxième partie de l'opération, la plus douloureuse sans doute mais aussi la plus rapide. La souffrance est extrême, mais aussi courte et instantanée que celle de l'extraction d'une dent; la conscience n'en existe qu'elle est déjà passée et c'est ainsi que la dilatation forcée se fait très-bien sans anesthésie, comme deux observations le prouvent. (*Tribune méd.*, n° 340.)

Pansements au chloral. Chez deux hommes, de trente-huit et quarante et un ans, portant chacun une fissure entre deux plis de la muqueuse à la partie postérieure de l'anus, longue d'environ 1 centimètre et large de 3 à 4 millimètres, rendant la défécation également très-douloureuse

et faisant jeter des cris aux malades au toucher, M. Créquy introduisit tous les jours entre les lèvres de la fissure, après une selle préalable, naturelle ou provoquée, une vingtaine de brins de charpie en mèche trempée dans une solution de chloral au 50e. Elle était seulement rejetée le lendemain dans les selles.

Le premier et le second pansement furent seuls douloureux. La douleur de la défécation alla chaque jour en diminuant et la guérison était complète en quinze jours. Ce traitement simple serait donc bien préférable à l'incision et à la dilatation si les succès se confirment ultérieurement. (*Bull. de thérap.*)

FISTULES. *Dilatation.* Le docteur Murray (de Newcastle) a été amené à essayer les effets de la dilatation des sinus au moyen de tentes roulées, à cause de la contraction qui suit quelquefois leur emploi, fondée sur le principe que la lymphe, qui s'épanche par suite de l'inflammation de tissus dilatés rapidement, fermera quelquefois un sinus par sa contraction consécutive. Le traitement fut essayé dans un cas de fistule fécale de l'ombilic, et, après deux ou trois dilatations, une certaine quantité de lymphe s'épancha et par sa contraction ferma l'ouverture. Dans un cas de fistule dans la joue, on obtint rapidement le même résultat. Dans un curieux cas de fistule de l'urèthre, le canal fut fermé après une ou deux dilatations, tandis qu'un autre traitement chirurgical avait complétement échoué. Dans des sinus ordinaires liés à des glandes strumeuses, on obtint de bons résultats de la dilatation qui amena une inflammation adhésive. L'auteur demande aux chirurgiens d'essayer le traitement dans d'autres cas et propose l'emploi de tentes pour ouvrir les sinus liés à des affections des os ou accompagnés de corps étrangers. Par cette pratique, les parties peuvent être explorées, et la substance nuisible enlevée sans l'emploi du bistouri. (*British med. Journal.*)

Fistules salivaires. *Teinture d'iode.* Qu'elles proviennent du canal de Sténon, ou de ses nombreuses ramifications dans la parotide, l'injection de la teinture d'iode pure dans le conduit, chez cinq chevaux et un mulet, a donné un succès constant à M. le professeur Lafosse (de Toulouse), alors que

d'autres moyens avaient été employés en vain. Des bourdonnets ou des tentes d'étoupes imbibés d'iode peuvent être maintenus dans le trajet. (*Soc. de méd. de Toulouse* et *Revue méd.*, juin.)

Pourquoi n'essayerait-on pas le même moyen dans l'espèce humaine?

Fistules scrofuleuses. *Flèches caustiques.* Après l'emploi de ces flèches, en pâte de chlorure de zinc de Canquoin, pour larder les tumeurs cancéreuses, érectiles et autres, les transpercer et les détruire sur place, M. Lailler a eu l'idée de les introduire, sous forme de crayons secs, dans les sinus fistuleux de nature scrofuleuse si difficiles à fermer, malgré les topiques excitants et modificateurs de toute sorte. Il les enfonce profondément sans que la douleur soit bien vive. Elle ne le devient qu'après plusieurs heures et dure longtemps, c'est-à-dire jusqu'à mortification complète des tissus. Elle est parfois très-profonde et c'est parce qu'il est souvent impossible d'en mesurer exactement l'étendue que l'emploi de ce moyen n'est pas toujours exempt de dangers. On est parfois effrayé de la puissance de pénétration du caustique et de la profondeur de l'eschare.

La chute de l'eschare laisse une plaie étendue, quand la fistule est sous-cutanée. Elle est ordinairement régulière, de bonne apparence, à bords non décollés, et se cicatrise avec une rapidité étonnante en laissant une cicatrice plus régulière que les stigmates indélébiles de la guérison spontanée. Elle bourgeonne avec une activité remarquable, extraordinaire. Des scrofuleux arrivant à Saint-Louis le cou labouré de fistules sanieuses, rebelles à une multitude de médicaments, quittent ainsi cet hôpital, après quelques semaines, ne portant plus que des cicatrices. (*Journ. de méd. et chir. prat.*)

Fistule hépato-bronchique. Aux quatre espèces de fistules biliaires admises, M. Laboulbène propose d'en ajouter une cinquième sous ce titre, d'après un crachement de bile observé chez un brossier de quarante-six ans entré pour cela à l'hôpital Necker le 14 mars dernier. Bien portant, quoique grand buveur de vin, sans antécédents héréditaires ni pathologiques, il fut pris tout à coup, le 4 octobre

précédent, de crachats verdâtres, amers, sans jamais avoir vomi ni craché de pus. Bon appétit, fonctions naturelles, excepté le sommeil que le besoin d'expectorer interrompt. Urine teinte acajou. Le crachoir est rempli d'un liquide d'un vert jaunâtre, non spumeux ni odorant, couleur de bile dont la présence est constatée par l'analyse chimique. A peine quelques râles disséminés dans les poumons. Hypertrophie nette du foie dépassant de quatre travers de doigt les fausses cotes.

Sous l'influence de l'eau de Vichy, les crachats bilieux, qui augmentaient notablement après les repas, diminuent graduellement. Le malade, n'en rendant plus le 30, sort guéri le 1er mai sans que l'expectoration bilieuse se soit reproduite depuis.

Un seul fait analogue est relaté dans le *Traité d'auscultation* de MM. Barth et Roger, 1874. Un homme de cinquante ans, atteint d'un ictère foncé, eut une expectoration abondante d'une matière verdâtre amère. L'auscultation révélait un gargouillement à la base, en arrière et à droite. On diagnostiqua une communication fistuleuse entre les conduits biliaires et les bronches, et l'autopsie le confirma.

C'est fondé sur ces faits que M. Laboulbène conclut à une fistule hépato-bronchique. Mais ici ni ictère, ni kyste hydatique, ni abcès, ni calcul du foie pour expliquer la formation de cette fistule. Une simple hypertrophie qui disparut à l'hôpital coïncidemment avec la diminution des crachats bilieux. Et cependant leur présence au début déterminait aussi des râles à grosses bulles dans un point très-circonscrit vers le milieu de la base du poumon droit avec submatité. Avec leur expulsion, ces signes disparaissaient et n'existaient plus à la sortie. L'attention doit donc être appelée sur ce point clinique. (*Soc. méd. des hôpit.*, août, et *Union méd.*, nos 99 et 101.)

Fistule métro-péritonéale. C'est une opinion soutenue par M. Lawson Tait que des communications permanentes peuvent s'établir entre la cavité du péritoine et l'utérus en dehors de l'oviducte et cela sans accidents. Plusieurs observations ont été rapportées à l'appui de cette opinion ; voici la plus récente. On jugera de sa valeur.

Une célibataire de quarante-neuf ans présentait un grand

développement du ventre avec une fluctuation manifeste. Une tumeur très-mobile se révélait derrière l'utérus et la sonde pénétrait librement de trois pouces dans celui-ci. Une hydropisie de l'ovaire fut diagnostiquée. Mais quelques doutes ayant été émis sur l'existence d'une ascite, M. Ross Jordan introduisit la sonde qui entra comme en glissant et sans effort de sept pouces vers le côté gauche de l'utérus. L'auteur conclut dès lors à l'existence d'une perforation utérine.

L'ovariotomie fut pratiquée aussitôt. L'ovaire droit fut enlevé ainsi qu'une petite tumeur nodulaire attenant au fond de l'utérus. Le pédicule en était très-court et l'utérus rétrofléchi. D'où il conclut, sans s'en être assuré *de visu*, comme c'était facile, que la communication fistuleuse existait sur la paroi antérieure de l'utérus.

Heureusement l'opérée guérit, et ayant introduit ensuite une sonde, il ne put la faire pénétrer d'abord que de trois pouces, mais, l'ayant dirigée à gauche, il la sentit pénétrer dans un pertuis (*hole*) et faire saillie sous les téguments à gauche de la cicatrice. La corne droite de l'utérus étant placée au-dessus, il en conclut que ce ne pouvait être par la trompe de ce côté que la sonde avait fait sa route, et se convainquit ainsi que c'était par la fistule qu'elle avait pénétré. (*Lancet*, 9 janvier.)

Rien n'est moins prouvé, selon nous. Récamier a montré, il y a longtemps, que des sondes introduites dans l'utérus pouvaient *se perdre* comme il disait, c'est-à-dire pénétrer dans le tissu utérin ramolli et le perforer. C'est là un accident possible qui donne lieu à des signes de métro-péritonite dont nous avons été témoin. Mais de là à l'existence d'une fistule permanente, il y a loin, et celle-ci n'est nullement démontrée.

Fistules vésico-vaginales. *Déviation de l'urèthre.* Cette simple déviation peut être prise pour une oblitération réelle par un *observateur inattentif*, selon M. Verneuil, et provoquer ainsi le forage ou la ponction de l'urèthre alors qu'il est simplement dévié. La sonde métallique était ainsi arrêtée invinciblement à 3 centimètres de profondeur de l'urèthre aussi bien que la sonde cannelée, le stylet boutonné très-fin, malgré les diverses directions imprimées à ces instru-

ments, dans un cas de large fistule suite d'accouchement. L'indicateur, porté dans la vessie par la fistule largement ouverte, percevant une cloison de parties molles, de plusieurs millimètres d'épaisseur, entre les extrémités de ces instruments, le chirurgien conclut à l'existence d'une oblitération complète. Heureusement une dernière exploration, faite pour décider où et comment l'obstacle serait ponctionné, fut pratiquée avec une petite bougie élastique olivaire, laquelle pénétra facilement dans la vessie. Une seconde bougie plus volumineuse y pénétra de même tout en se repliant presque à angle droit. C'était une simple coudure du canal au voisinage du col de la vessie qui avait empêché les instruments rigides et droits de la parcourir en entier.

Dans un second cas, c'est après la suture des plaies de la fistule que, voulant replacer la sonde de Sims dans l'urèthre, M. Verneuil ne put l'introduire. Elle était invinciblement arrêtée au col. Il craignit d'abord d'avoir suturé celui-ci ; mais l'emploi d'une sonde flexible leva bientôt tous les doutes par son introduction. La suture avait créé une déviation angulaire de l'urèthre que le séjour de la sonde redressa bientôt.

M. Verneuil n'ayant jamais rencontré ces oblitérations uréthrales alors que, sur 13 cas signalés par Jobert, elle siégeait onze fois au niveau du col de la vessie, croit à une confusion, une erreur possible comme celle qu'il a été sur le point de commettre. La rétraction inodulaire des tissus peut créer de ces déviations de l'urèthre prises aisément pour des oblitérations, si l'on n'emploie des instruments flexibles pour surmonter l'obstacle. Sans mettre en doute la réalité de l'oblitération comme MM. Depaul, Le Fort, Guyon en ont signalé des exemples, M. Verneuil croit que la déviation est plus commune. (*Soc. de chir.*, 31 mars.)

Dell' ano vulvare, etc. (De l'anus vulvaire et des diverses ouvertures et fistules recto-vulvaires et vaginales et de leur traitement), par le professeur Rizzoli. Brochure in-4° de 40 pages. Bologne, 1874.

Défense et justification du procédé imaginé et employé avec succès par l'auteur pour la transposition normale du rectum. Il invoque en sa faveur l'opinion de MM. Stoltz

et Esmarch, et répond aux appréciations contraires de MM. Goyrand et Herrgott par la relation du manuel opératoire et des faits de guérison montrant que ce procédé n'a ni les difficultés ni les dangers qu'on lui a plutôt supposés que démontrés.

Douze observations cliniques de communication fistuleuse accidentelle du rectum dans la vulve ou le vagin, toutes suivies de guérison avec les moyens employés, terminent ce mémoire qui n'ajoute rien à ce que l'on savait déjà.

Fistule anale. *Ligature élastique.* L'unanimité est loin d'exister sur la valeur de ce nouveau moyen de diérèse. Une sorte d'engouement existe à l'étranger en sa faveur. En Angleterre, on opère toutes ces fistules par ce moyen, et il résulte d'une statistique de 40 cas par M. Allingham, chirurgien de l'hôpital Saint-Mark, spécial aux maladies du rectum, qu'il s'est montré comparativement préférable à tous les autres, notamment à l'incision par laquelle un nombre égal de malades ont été opérés dans les mêmes salles et les mêmes conditions. D'où il conclut : que l'opération se fait en général sans douleur, et que celle résultant de la section est en général légère et de courte durée, qu'il n'y a pas d'hémorrhagie, que la guérison est plus rapide sans que les opérés aient besoin de garder le lit ni la chambre et pouvant au contraire aller immédiatement se promener au grand air. Les individus délicats ou prédisposés à la phthisie doivent surtout y être soumis, car elle ne réclame pas les anesthésiques et n'est suivie que d'une faible suppuration.

Voici le procédé employé par le chirurgien anglais :

Un petit cordonnet plein, de 2 millimètres de diamètre environ, est porté à travers la fistule à l'aide d'un petit appareil qui peut en même temps servir de stylet explorateur, et qui n'est pas sans analogie avec le grand trocart à drainage de Chassaignac. Une fois le fil élastique introduit, on tire sur ces deux extrémités qui sont engagées toutes deux ensemble dans un petit anneau de plomb. On porte la ligature à son degré de tension maximum et on l'y maintient en écrasant le plomb avec de grosses pinces. De cette façon le point fistuleux se trouve étranglé dans une anse élastique, qui, lors de la chute, est nulle. C'est là la con-

dition essentielle. Il ne faut pas qu'à un moment donné la ligature puisse se relâcher. Or, si l'on veut, au lieu de se servir du plomb, nouer le caoutchouc, comme s'il s'agissait d'une ligature simple, il se casse dès que l'on approche de son maximum d'extension. (*Med. Press*, décembre 1874.)

Tout en procédant autrement, M. Courty se montre aussi satisfait de ce moyen qu'il emploie presque exclusivement. Il préfère aussi le cordon au fil de caoutchouc. Son introduction dans la fistule avec la sonde est facile, dit-il, pourvu que la fistule soit bien lubrifiée d'huile. Tirant sur les deux extrémités au maximum de tension, il les réunit par un double nœud retenu au besoin par un fil ciré. La douleur de la constriction s'amortit après quelques heures, mais elle est assez insupportable pour que le chirurgien l'épargne aux opérés en les jetant dans un état de somnolence et d'insensibilité incomplète par une potion au chloral et à la morphine, dont on commence l'emploi quelques heures avant l'opération. A partir de ce moment, toute surveillance est pour ainsi dire inutile.

Aucun des opérés n'a eu d'hémorrhagie ni de douleur assez forte pour résister à l'emploi des sédatifs. Plusieurs, dès le premier jour, ont pu s'asseoir dans un fauteuil, marcher dans leur chambre et même sortir.

Ils ont repris, dès le lendemain, la plupart de leurs habitudes.

La section se produit entre six à quinze ou même dix-huit jours, en moyenne neuf ou dix jours. A ce moment, la plaie est presque cicatrisée ; elle ne réclame d'autre soin que l'attouchement avec un pinceau imbibé de nitrate d'argent ; dès lors la guérison peut être regardée comme certaine.

De grands soins de propreté et l'usage de laxatifs quotidiens sont les seuls soins à prendre pendant tout le temps de la constriction. (*Montpellier médical.*)

C'est tout le contraire de M. Verneuil. Il a opéré deux fistules à l'anus de 2 centimètres à peine, et, pendant vingt-quatre heures, la douleur a été des plus vives. La section ne s'est faite qu'après trois jours dans un cas, quatre jours dans l'autre. Dans un cas de fistule du gros orteil traitée de cette façon, il a failli perdre son malade pour avoir renouvelé la

constriction. Ce procédé n'offre donc pas de grands avantages, d'après lui, il est très-douloureux et peut même être dangereux.

MM. Després, Blot et Polaillon ont partagé cet avis, et M. Duplay, après un grand nombre d'applications de ce procédé, a déclaré ne pas être encore fixé sur sa valeur. Les douleurs ont duré trois jours dans un cas. (*Soc. de chir.*, avril.)

La comparaison en a été faite par M. Maunder, sur une femme de vingt-quatre ans, mariée, admise à *London hospital* pour une double fistule à l'anus. L'une fut traitée par l'incision et l'autre par la ligature élastique. C'était le 10 mars dernier. Dès le vingt-troisième jour, la première était guérie, tandis que la seconde ne fut cicatrisée que le soixante et unième. Une grande douleur en résulta, pendant les premiers jours, au siége même de la ligature qui ne fut expulsée que le dixième jour. L'application de cette ligature doit donc être réservée pour les cas où l'hémorrhagie est à craindre, soit par suite de diathèse, soit par le siége élevé de la fistule. Deux fois, M. Walter Rivington ayant senti les battements d'une artère sur le pont d'une fistule anale assez élevée, le divisa avec la ligature élastique, mais il s'écoula huit jours dans un cas et onze dans l'autre avant qu'elle ne tombât. Et, pendant ce temps, la douleur fut telle, que pour goûter un peu de sommeil il fallut relâcher de temps à autre la striction. Il lui préfère ainsi le bistouri toutes les fois qu'il est possible de l'employer sans danger d'hémorrhagie. (*Clinical Society* et *Lancet*, 26 juin et 2 octobre.)

Étude clinique sur la fistule à l'anus et son traitement au moyen de la section linéaire ; méthode et procédé nouveaux, par M. le docteur Jules Félix, chirurgien de l'hôpital Sainte-Gertrude, à Bruxelles, etc., etc. ; mémoire couronné par la Société de médecine de Gand, en 1873. Brochure de 32 pages in-8°. Bruxelles, 1875.

A l'écraseur et à la ligature élastique, voici un nouveau procédé de remplacer le bistouri généralement rejeté aujourd'hui pour cette opération, notamment à cause des hémorrhagies redoutables qu'il détermine. Il consiste à introduire tout simplement dans le trajet de la fistule et à tra-

vers ses deux orifices, un fil de soie tordue (soie anglaise tordue pour ligature), d'attacher chaque extrémité de ce fil à une menotte métallique, comme celles d'une scie à chaînette ou même en bois. L'opérateur, prenant une menotte dans chaque main et imprimant un mouvement rapide de va-et-vient à l'instar d'une scie, coïncidemment avec une légère traction continue, sectionne, en quelques secondes, tous les tissus qui séparent les deux orifices de la fistule et en met à découvert tout le trajet.

Sans insister sur les détails de ce procédé qui n'est que celui de la ficelle employé par le professeur Pajot pour séparer la tête du tronc du fœtus, c'est-à-dire la ligature extemporanée, ses avantages sont de ne pas nécessiter l'anesthésie, la pulvérisation locale de l'éther suffit chez les malades pusillanimes; de supprimer l'exploration répétée du trajet fistuleux, le fil de soie double pouvant toujours être introduit dès la première fois avec un stylet aiguille et laissé à demeure, renouvelé comme un séton au besoin jusqu'à l'exécution de la section. Les abcès sont ainsi prévenus et les douleurs qui leur sont inhérentes. L'opération peut aussi être faite sans autre chirurgien que l'opérateur; aucune hémorrhagie n'est à redouter ni l'infection consécutive par l'ouverture béante des vaisseaux, comme trois observations en justifient. Un fil double doit toujours être introduit afin que si le premier casse, l'autre puisse servir à terminer l'opération.

C'est à choisir entre ce nouveau procédé et la ligature élastique, bien plus simple encore puisqu'elle agit seule, sans traction, que les chirurgiens auront désormais à choisir. Mais le jugement défavorable porté à la Société de chirurgie sur celle-ci fera peut-être préférer celle-là.

FORCEPS. Des nombreuses modifications imprimées à cet instrument, il en est une très-simple qui a été suggérée à M. Laroyenne par les tentatives mécaniques faites, surtout à Lyon, pour augmenter et régulariser la force de traction. Proposée dès 1864 par M. Chassagny, elle consiste à faire percer les bords antérieur et postérieur de chaque cuiller d'une ouverture correspondant au centre de la tête saisie par le forceps, en élevant de 1 à 2 centimètres le trou du bord postérieur sur l'antérieur afin de faciliter la descente

de la portion de la tête qui est en rapport avec la demi-circonférence postérieure du bassin.

Cette simple modification, qui peut être faite à tous les forceps, réalise complétement le principe fondamental de l'appareil Chassagny, d'après lequel la force doit être attachée au centre de figure du corps que l'on veut faire engager et cheminer dans un canal courbe comme celui du bassin.

Un ruban de fil résistant, traversant à l'aise les orifices pratiqués, y est introduit de dedans en dehors, c'est-à-dire de la concavité vers la convexité. Ainsi armé, le forceps est appliqué, suivant les règles, et les quatre chefs des rubans longeant les faces convexes des branches sont noués ensemble et armés ou non d'un bâtonnet transversal pour donner de la prise quand l'anse, formée par leur réunion, ne suffit pas.

Un aide ou deux, assis à terre ou sur un tabouret, opèrent les tractions dans la direction indiquée par l'accoucheur qui tient solidement empoignées les branches du forceps, aidant ou contrebalançant les efforts des aides. On remplace ainsi utilement tous les tracteurs et les appareils de force plus ou moins compliqués. Par les tractions manuelles sur les cordons, tout soubresaut est prévenu; il n'y a qu'à surveiller et maintenir les branches du forceps pour ralentir la descente au besoin et prévenir les déchirures d'un dégagement trop rapide. (*Lyon méd.*, n°s 34 et 35.)

Dans son dernier rapport du service des accouchements à l'hôpital de Dublin, le docteur Johnston montre que, sur 1236 accouchements, il a appliqué 138 fois le forceps dont 105 fois sur des primipares, 97 fois avec succès. C'est là le caractère distinctif de ce rapport et de cette pratique, d'autant que c'est ici le forceps long qui est employé chez des primipares où la dilatation atteint à peine le diamètre d'un sou. C'est une nouvelle ère, a dit le docteur Mac Clintock, en opposition avec les principes et les maximes émis par les plus grandes autorités. Mais il ne faut pas rejeter cette grande innovation, qui se justifie par un grand nombre de succès et des exemples authentiques et démonstratifs, que le forceps long peut être appliqué avec une parfaite sécurité, pour la mère et pour l'enfant, dans des conditions où l'on croyait dangereux et impossible même de le faire. C'est une consolation de savoir que, en cas de complication rendant

la délivrance nécessaire pour la vie de la mère et de l'enfant, le forceps peut être appliqué avec succès par des mains habiles, mais il serait dangereux d'en faire une loi pour l'employer ainsi dans la première période de tout accouchement lent avant la dilatation complète. Une telle pratique, par de jeunes accoucheurs inexpérimentés, pourrait être suivie de déplorables résultats. (*Dublin obstetrical Society*, janvier, et *Dublin journ. of med. science*, février.)

Forceps-scie. Inventé en 1842, ce céphalotome est, de tous les instruments destinés à réduire les diamètres du bassin dans le cas d'angustie pelvienne, le plus inoffensif, le plus utile et le plus facile à appliquer, dit le professeur Hyernaux, de la Maternité de Bruxelles, élève et ami de son inventeur Van Huevel. A l'appui de cette assertion et pour détruire les objections faites à son emploi, surtout en France, il cite la statistique suivante :

De 1847 à 1875, 175 femmes ont été délivrées par le forceps-scie dans les services hospitaliers de Bruxelles; 41 cas ont été en outre observés dans la clientèle privée : en tout 216 cas; 46 morts ont été causées par des accidents étrangers à l'opération. Il reste donc 170 femmes sur lesquelles 16 seulement ont succombé, c'est-à-dire une proportion de 9 pour 100, tandis que la céphalotripsie donne une mortalité de 30 pour 100. Donc 21 pour 100 de différence en faveur du forceps-scie.

Devant ces résultats, s'ils se confirmaient, — car on sait que les statistiques faites ainsi en masse ont toujours besoin d'être éclaircies, — le prix élevé de l'instrument, pas plus que sa difficulté d'application, ne seraient des objections valables. La céphalotripsie n'est pas davantage une opération courante ni commune. Le brisement ou l'écrasement de la tête fœtale est encore plus horrible que sa division en deux. La céphalotomie est plus inoffensive, moins douloureuse et moins longue à exécuter. Cinq à huit minutes suffisent. (*Congrès international des sciences méd. de Bruxelles*, septembre.)

FORCIPRESSURE. Encore un nouveau mot que, par analogie avec l'*uncipression* de M. le professeur Vanzetti, sur laquelle il a été appelé à faire un rapport à la *Société de*

chirurgie, M. Verneuil a créé pour désigner l'action d'une pince agissant sur le vaisseau ou les vaisseaux donnant du sang et impossibles à lier. C'est donc un simple expédient hémostatique, un mode de compression particulière avec les mors de la pince que l'on fixe ou que l'on serre avec du fil et qu'on laisse en place plus ou moins longtemps. Employé de tout temps dans les cas de nécessité, ce procédé n'avait pas reçu de nom, il n'était pas décrit, bien qu'il ait ses avantages particuliers, ses indications formelles utiles à connaître et à vulgariser.

La première fois que M. Verneuil en fit usage, c'était à la suite de l'ablation avec les ciseaux d'un petit polype fibreux dont le pédicule long et grêle s'insérait à un centimètre de profondeur dans la cavité du col utérin. Une hémorrhagie se produisit par une artère assez volumineuse située au centre du tronçon du pédicule. A défaut d'autres hémostatiques caustiques, il saisit simplement le tronçon du pédicule avec une pince à polype et en maintint les deux branches serrées avec un cordon enroulé au-dessus des anneaux. L'hémorrhagie fut arrêtée. La pince, pendante dans le vagin, fut laissée en place jusqu'au lendemain soir sans incommoder l'opérée.

A la suite d'une blessure profonde de la paume de la main gauche, trois hémorrhagies secondaires avaient eu lieu malgré les bandages compressifs. Un large débridement permit la ligature de plusieurs vaisseaux, mais l'un d'eux, accolé aux os, put être saisi sans faire passer l'anse de fil au-dessous des mors de la pince et ne put ainsi être lié. La pince, entourée de charpie, fut laissée en place et immobilisée. L'hémorrhagie s'arrêta définitivement, aucun accident ne survint et la pince fut enlevée le cinquième jour sans avoir déterminé aucune douleur.

L'ablation d'un séquestre du sternum ayant été suivie d'une hémorrhagie très-abondante, M. Verneuil, devant l'impossibilité de la ligature sans débridement ou au-dessus du point lésé et le danger de la cautérisation dans une pareille région, porta l'index dans la plaie et réussit à arrêter le sang; puis saisissant une pince à sa portée, il en glissa aussi obliquement que possible les mors entre ouverts sous la pulpe du doigt et saisit les parties molles sous-jacentes. L'écoulement sanguin cessa. La pince, fixée et laissée en

place pendant quarante-huit heures, fut enlevée sans que l'hémorrhagie reparût.

Une artère, probablement la maxillaire interne, ayant été blessée à la fin de l'extirpation partielle de la mâchoire, M. Verneuil se contenta de la saisir avec une pince qui fut maintenue dans la plaie jusqu'au quatrième jour sans que l'hémorrhagie se reproduisît.

Un vaisseau artériel ayant été ouvert dans l'extirpation d'un coccyx carié, plusieurs essais de ligature et la cautérisation au fer rouge restèrent infructueux. Il fut, dès lors, saisi avec une pince à pansement, fixée et immobilisée avec un fil au-dessus des anneaux. L'opération put être ainsi achevée sans encombre. La pince fut entourée de charpie. L'opéré resta quatre jours couché sur le ventre après que la pince fut enlevée.

Chez un garçon dont un polype naso-pharyngien, très-remarquable par son extrême vascularité et détruit en grande partie par le fer rouge, avait un lobe pénétrant dans le sinus sphénoïdal, M. Verneuil l'ayant enlevé récemment avec le serre-nœud ordinaire, un jet de sang formidable s'ensuivit sans que le tamponnement pût l'arrêter. Ayant découvert que le tronçon du pédicule en était l'origine, il le saisit avec une pince à polype et le serra fortement. Le flot sanguin s'arrêta. La pince fut laissée en place pendant vingt-quatre heures et cet accident fut ainsi heureusement conjuré.

Dans six autres cas d'hémorrhagies traumatiques, M. Verneuil put ainsi réprimer et arrêter l'hémorrhagie dans une plaie du dos de la main, au niveau de la portion supérieure du premier espace interosseux ; à la suite d'une amygdalotomie ; d'une couronne de trépan où le sang venant de la surface de section de l'os fut arrêté par les mors de la pince comprimant les deux surfaces et effaçant ainsi le calibre du vaisseau divisé ; après la lésion d'une artère dans l'incision d'un phlegmon ; dans une extirpation d'un anévrysme cirsoïde du cuir chevelu, et en comprimant l'artère fémorale dans une amputation.

Dans douze cas, que l'on peut prendre comme exemples, la forcipressure a été employée ainsi avec un succès complet. Les applications en ont été sans doute bien plus étendues et peuvent être variées à l'infini.

A ces cas de forcipressure *par nécessité* ou *improvisée*, M. Verneuil en joint un bien plus grand nombre. A la suite d'une taille périnéale, faite par A. Dubois, le sang coulait profondément d'une lèvre de la plaie sans que l'on pût apercevoir distinctement l'artère. Il suffit alors de pincer en masse le tissu graisseux avec une pince à branches mobiles, aplaties, rapprochées et fixées par un bouton mobile, pour faire cesser l'hémorrhagie. Elle fut enlevée le troisième jour sans accident. Lisfranc l'a de même employée contre une hémorrhagie inquiétante succédant à l'amygdalotomie en serrant la luette dans une pince ordinaire et en cautérisant ensuite. C'est en appliquant un mors garni d'une longue pince à polype, d'amadou et de linge imbibés d'une solution d'alun, sur la surface saignante de l'amygdale, et en prenant un point d'appui sur l'angle de la mâchoire de la joue correspondante avec l'autre mors garni de linge, que Hatin parvint à arrêter cette hémorrhagie. Le docteur Stanski réussit dans un autre cas par un procédé analogue, mais on ne peut s'empêcher d'avouer que c'est là un procédé très-gênant, surtout quand la pince reste en place pendant plusieurs jours.

Un nouveau-né se mourait par une hémorrhagie, suite de la section du filet, lorsque M. Binault (de Lille) prit sa pince à pansement et saisit le frein en masse. Les deux branches furent serrées avec la main d'abord, puis fixées avec un lien, et l'hémorrhagie fut ainsi arrêtée après trois heures que la pince fût enlevée.

Mais le cas le plus remarquable est celui d'une hémorrhagie persistante, survenant après le douzième jour d'une ovariotomie, par l'artère liée du pédicule compris dans la cicatrice. Rompant cette cicatrice, M. Kœberlé saisit profondément avec une pince à pansement l'artère ovarique en travers, d'où le sang s'échappait en abondance, et parvint ainsi à l'arrêter en maintenant la pince six jours en place.

C'est donc là une ressource hémostatique précieuse. Les indications s'en trouvent surtout, en dehors des cas déjà cités, dans les hémorrhagies provenant de la cavité vaginale, du fond de l'orbite, des profondeurs de l'aisselle, du cou, des fosses iliaques, de la racine de la langue, aussi bien que dans les foyers de suppuration masquant l'orifice vasculaire. C'est ainsi qu'une artériole ayant été ouverte pro-

fondément dans la contre-ouverture d'un abcès sous-périostique du bras, chez un garçon maigre et débile, M. Verneuil enfonça l'index gauche recourbé en crochet dans le foyer, et, soulevant les tissus, parvint à arrêter le sang en pressant à la partie supérieure. Il glissa dès lors le mors d'une pince à pansement sur la pulpe de son doigt et, en appliquant l'autre en dehors sur la peau garnie, il serra avec la pince et arrêta ainsi l'hémorrhagie sur-le-champ. La pince fut enlevée le soir même.

Dans tous les cas où la ligature directe n'est pas possible, la forcipressure paraît bien préférable à la compression digitale, fatigante et assujettissante pour le chirurgien ou ses aides, à la cautérisation et surtout au tamponnement. Elle atteint mieux le but en ménageant les douleurs et en lésant moins les tissus sains ou malades. Comment appliquer d'ailleurs la compression digitale à la base du crâne, dans l'intérieur du col utérin, dans la fosse amygdalienne et même dans la paume de la main, pas plus que dans aucun des cas précités?

La cautérisation n'est pas toujours possible et, quand elle est applicable, son insuffisance, son infidélité doivent y faire préférer la forcipressure. A bien plus forte raison pour le tamponnement dont la difficulté égale l'incertitude et les dangers.

Aussi les chirurgiens se sont-ils ingéniés de tout temps à imaginer des instruments spéciaux de forcipressure sur les vaisseaux inaccessibles comme l'intercostale, l'artère méningée moyenne, l'épigastrique, les rameaux amygdaliens, etc. M. Verneuil l'appelle la *forcipressure préméditée* ou *instrumentale*. En en rappelant la description et l'énumération, M. Verneuil en montre la complication ou l'insuffisance, qu'ils s'appellent *pinces hémostatiques* ou *unissantes*, *serres-fines*, *serres-fortes* ou *serres-plates*. C'est d'ailleurs là un arsenal qu'il n'est pas possible d'avoir toujours sous la main, tandis que la pince de trousse peut toujours y suppléer et se trouve toujours prête dans les cas imprévus ou de nécessité.

Les avantages de ce procédé d'hémostase se résument en une exécution prompte et facile sans le besoin d'aides nombreux ou exercés ni aucun instrument spécial. Peu douloureux au début, il est moins gênant ensuite qu'on peut le

croire. Il n'irrite pas le foyer traumatique et n'entrave guère le travail réparateur. Aussi sûr que la ligature, il a été d'une efficacité remarquable dans les cas cités avec une simple pince à ligature ou à pansement. Il méritait donc d'être plus connu afin de se généraliser.

La forcipressure n'a pas seulement été appliquée sur les petits vaisseaux plus ou moins visibles et inaccessibles; Porter l'a appliquée sur le tronc brachio-céphalique, Fracchia sur la sous-clavière, et la fémorale y a été soumise 17 fois; les artères de la jambe 2, l'humérale 2, les artères de l'avant-bras 3 et la radiale de la main 1 fois. Aux instruments spéciaux imaginés par Desault et Percy pour l'aplatissement des parois artérielles, remontant à 1790, d'autres ont suivi en Italie par Assalini et ses contemporains, puis en Angleterre et enfin en Francce, où cette méthode a conquis de nombreux partisans depuis une dizaine d'années.

C'est ce que M. Verneuil démontre par un long exposé historique où les faits et les instruments particuliers sont décrits en détail. Elle constitue, d'après lui, le meilleur des deux modes employés pour l'aplatissement des artères. C'est ainsi que, sur 27 cas, il n'y a eu que 3 accidents légers et 1 seul suivi de mort. Elle convient surtout aux anévrysmes et aux hémorrhagies consécutives. Comme innocuité et efficacité, elle égale la ligature si elle ne lui est supérieure. Son application est aussi aisée que sa suppression facile; aussi remplace-t-elle avantageusement tous les essais de ligatures temporaires et amovibles. Quant à la gêne et à l'obstacle qu'elle apporte à la cicatrisation, il suffit de rappeler que vingt-quatre à quarante-huit heures d'application assurent l'oblitération vasculaire. La pince à mors lisses, à action graduelle, et la pince à anneaux, à mors dentés, suffisent à en remplir toutes les indications. Un historique complet de la forcipressure, depuis une quinzaine d'années, termine ce mémoire. Ses divers moyens d'exécution et ses applications multiples sont indiqués. Si M. Desmares, et à son exemple d'autres oculistes, l'ont employée autrefois dans l'extirpation de certaines tumeurs des paupières, c'est surtout dans l'ovariotomie que M. Kœberlé, et à son exemple d'autres chirurgiens, M. Péan entre autres, l'ont employée.

Tout en montrant la valeur pratique égale de la forcipressure et de la ligature, M. Verneuil montre la difficulté

et même l'impossibilité de son application dans certains cas. Si elle est plus rapide et moins douloureuse que la ligature, plus sûre et moins irritante que les éponges, la charpie et les doigts, elle est aussi beaucoup plus gênante que de simples fils. Comment placer trente à quarante pinces sur une surface saignante, surtout dans les cavités naturelles ou dans les plaies profondes, sans être obligé de donner une position spéciale aux opérés? Comment en obtenir l'immobilité chez les enfants et les sujets remuants, indociles, délirants? Comment surtout les placer au fond de la plaie? car en les enlevant trop tôt, on s'expose aux hémorrhagies secondaires, consécutives. La ligature restera donc, malgré les avantages de la forcipressure, au moins pour l'hémostase assurée et définitive des grosses artères. (*Soc. de chir.*, nos 1, 2, 6, 7 et 8.)

De la forcipression ou de l'application des pinces à l'hémostasie chirurgicale, par MM. Deny et Exchaquet, internes des hôpitaux de Paris, d'après les leçons professées par M. le docteur Péan. Brochure in-8° de 72 pages, avec planches. Librairie *Germer Baillière*. Les publications précédentes de M. Verneuil paraissent avoir incité celle-ci, qui en est comme la démonstration pratique, ainsi qu'une communication antérieure à l'Académie de médecine sur les pinces dites hémostatiques dont M. Péan se sert, paraît-il, depuis plusieurs années. C'est le modèle des pinces à pansement, dont le maniement est rendu plus facile que les pinces à verrou par une grande légèreté, de longues branches, terminées par des anneaux avec une extrémité plate, aiguë ou en cœur, suivant la partie où elles doivent être appliquées. Il les applique d'une façon générale aussi bien à l'*hémostase préventive* dans les opérations sur la langue, le voile du palais, les joues, les lèvres, les tumeurs pédiculées ou faciles à pédiculiser, qu'à l'*hémostase temporaire* en comprimant l'extrémité des vaisseaux divisés. Laissées en place pendant un temps qui varie en général de deux à trente-deux heures suivant l'importance des vaisseaux, elles produisent l'*hémostase définitive*, et peuvent être employées soit après les opérations et les traumatismes, soit pour empêcher l'arrivée du sang dans certaines tumeurs, anévrysmales ou autres.

Elles peuvent ainsi le plus souvent remplacer avantageu-

sement la ligature, leur séjour dans les plaies ne déterminant jamais d'accidents.

C'est à démontrer la réalité de ces applications et leur valeur hémostatique que cette brochure est consacrée par le résumé de trente-six observations. L'excision de la luette, de polypes utérins, de tumeurs épithéliales et érectiles de la langue, des lèvres, du sein, à la castration, de tumeurs variqueuses et carcinomateuses du rectum, en montrent l'emploi comme hémostase préventive en appliquant préalablement ces pinces sur le pédicule ou la racine de la tumeur où elles font l'office de la compression élastique sur la continuité du membre. Le champ opératoire apparaît ainsi bien plus nettement au chirurgien.

M. Péan les a appliquées également sur la continuité des vaisseaux, artères et veines, dans les cas d'anévrysmes, de varices et d'hémorrhagies. Elles préviennent ainsi la phlébite bien plus sûrement que la ligature des veines.

Elles remplacent surtout avantageusement la ligature sur les artères athéromateuses que le fil divise, aussi bien que dans les foyers d'inflammation. Mais leur emploi est surtout précieux dans le cours des opérations où il s'agit d'arrêter le sang à mesure que le couteau divise les tissus. Rien de plus facile, suivant les auteurs, que de pincer ainsi les tissus saignants et de placer au besoin 30 à 40 de ces pinces, sauf à en retirer le plus grand nombre dès que l'opération est terminée. On laisse celles qui sont sur les plus gros vaisseaux en les plaçant dans l'angle inférieur de la plaie, comme les fils à ligature, avant d'en faire la réunion et le pansement.

On les applique aussi sur les vaisseaux saignants lors de l'enlèvement de la compression élastique. Si donc l'usage s'en généralise comme dans la pratique de M. Péan, ces pinces remplaceront la torsion et même la ligature des artères. Assurément, elles sont plus faciles à appliquer pour le chirurgien privé d'aide ou peu expérimenté. Mais, comme l'a très-bien montré M. Verneuil, la forcipressure ne saurait *toujours* remplacer la ligature. Malgré ses avantages, elle n'en saurait être *jamais* qu'un accessoire précieux.

FRACTURES. *Position des fragments.* Appelé à faire l'expertise sur place du cadavre d'un charretier de vingt-sept ans, tué la veille par sa voiture pesamment chargée,

dont la roue avait déterminé deux fractures obliques, sans plaie, l'une à la jambe gauche, et l'autre au bras droit, à la réunion du tiers moyen avec le supérieur, le docteur Mignot constata un raccourcissement de 8 centimètres au moins sans que des tractions énergiques aient pu réduire les fragments. A la jambe, les fragments supérieurs étaient dirigés en dehors et en avant, les fragments inférieurs en dedans et en arrière, tandis qu'au bras, ils se portaient en dedans, et les fragments supérieurs en dehors. La ressemblance était donc complète, et c'est dans ce sens qu'il convient d'exercer des tractions. (*Gaz. hebd.*, n° 22.)

Ramollissement du cal sous l'influence de la syphilis. L'influence de la cachexie cancéreuse sur les os pouvait faire prévoir celle d'autres diathèses. M. Dron a démontré celle de la syphilis sur le cal. Un individu s'étant fracturé l'avant-bras et ayant un cal parfaitement solide depuis trois à quatre ans, vit, par suite de l'invasion de la syphilis, son cal se ramollir, à tel point que l'on fut obligé de mettre un appareil de soutien à ce membre dont il se servait parfaitement avant. Le traitement spécifique fit disparaître cet accident et le cal redevint solide. Il est donc important, lorsque la consolidation d'une fracture se fait mal, de rechercher si le blessé n'est pas sous l'influence de quelque diathèse et en particulier de la syphilis. Dans l'affirmative, l'iodure de potassium donne d'excellents résultats. (*Assoc. française.*)

Des anévrysmes compliquant les fractures. Thèse inaugurale par G. Laurent, 64 pages in-8°. Paris. Vingt-sept exemples de cette complication très-rare, dont la plupart sont incomplets, servent à en esquisser l'histoire clinique. C'est dire qu'elle est aussi incomplète que les faits eux-mêmes dont deux seulement sont inédits. L'un est un anévrysme de l'humérale consécutif à une fracture de l'humérus observé dans le service de M. Richet ; l'autre est un anévrysme de l'arcade palmaire profonde à la suite d'une fracture du carpe. Un retard plus ou moins long dans la consolidation de la fracture, surtout lorsqu'on a pratiqué la ligature de l'artère principale du membre pour guérir l'anévrysme, en serait le principal effet. — Voy. EMBOLIES.

Fracture du corps de la clavicule. Contrairement à celles de l'extrémité interne qui, dans plus du tiers des cas, ont lieu par la contraction musculaire du faisceau sterno-mastoïdien et surtout à gauche (voy. *année* 1873), M. Delens, complétant ses recherches à ce sujet, montre que cette cause est beaucoup moins fréquente dans les fractures du corps de cet os. Il a pu en réunir cependant 19 cas dont 3 personnels. Elles se rencontrent naturellement chez l'homme, le travailleur, de vingt-cinq à soixante ans, mais par une contradiction frappante dont l'auteur ne rend pas compte, elles siégent principalement du côté droit. L'influence diathésique, la syphilis en particulier, et une ostéite spéciale en sont les causes prédisposantes. (*Arch. de méd.*, mars.)

Fracture du col du fémur. *Guérison sans raccourcissement.* M. Jacquet, médecin à Braine-le-Comte, l'a obtenue dans deux cas au moyen d'un bandage de corps ou ceinture haute de 25 centimètres, faite de toile solide et fermée par des courroies et des boucles placées en avant sur le pubis. Le degré de constriction qu'il exerce est porté jusqu'au point de neutraliser et d'anéantir l'action des muscles trochantériens, notamment des fessiers, et de maintenir les membres dans une parfaite immobilité sur le bassin, tout en conservant au membre fracturé la longueur qui lui a été donnée par la réduction et la coaptation. Aucun changement dans l'attitude du membre ne s'est manifesté chez des blessés, malgré les alternatives de relâchement et de resserrement de l'appareil, pendant les six semaines qu'ils ont été tenus au lit. Soumis à l'Académie de médecine de Belgique, le 27 février, ils ont été trouvés guéris sans raccourcissement.

Fracture du grand trochanter. Elle peut permettre la marche comme le montre l'exemple suivant. Un garçon de seize ans, très-bien développé, appela M. Ashton, le 27 août, pour une grande douleur dans la hanche. Toute cette partie était très-gonflée et douloureuse ; tout mouvement de l'articulation causait une vive douleur. Il n'y avait pas de lésion apparente, ni de raccourcissement avec le membre opposé, ni de crépitation sensible. La langue était noire, le pouls rapide, faible et irrégulier.

Le malade prétendit n'avoir été blessé ni frappé d'aucune manière, mais il fut découvert que deux de ses camarades, l'ayant pris par les mains et les pieds, l'avaient fortement balancé et envoyé ainsi sur le gazon. Il continua néanmoins son travail du samedi soir tout en éprouvant un peu de raideur. Le lundi et le mardi de la semaine suivante, il put se rendre comme d'ordinaire à son travail en faisant deux ou trois milles pour s'y rendre le matin et autant pour en revenir le soir. Il ne s'alita ainsi que le quatrième jour après l'accident.

Des sangsues furent appliquées *loco dolenti* et le membre placé sur des coussins, dans la position la moins douloureuse. Quinze jours après, le membre s'était allongé de plus d'un pouce et la fluctuation était apparente. Transporté à l'hôpital de Norfolk, le 16 septembre, le blessé subit l'ouverture de l'abcès par le docteur Lowe. La crépitation fut ensuite perçue en pressant sur le grand trochanter et en remuant le membre. La mort survint quinze jours après.

A l'autopsie, le trochanter était fracturé et brisé complétement à sa pointe, c'est-à-dire l'épiphyse; l'articulation était détruite, le col et les parties supérieures du fémur nécrosés. (*Lancet*, n° 7, février.)

Que les complications survenues tiennent à l'âge du blessé et à l'exercice pris après sa blessure, il n'en faut pas moins reconnaître que la fracture fut immédiate et que la marche fut rendue possible malgré son existence. C'est donc là un exemple rare et des plus remarquables.

G

GANGRÈNE. Celle qui se développe chez les nouvelles accouchées est, d'après M. Humbert, sous la dépendance du puerpérisme infectieux, d'une septicémie puerpérale. Bien plus, la cause directe de son siége serait dans la contusion des parties génitales comme les escharcs du sacrum et des talons dans les maladies longues et surtout infectieuses, la fièvre typhoïde, par exemple, sont le résultat de la compression de ces parties.

Ces deux propositions, profondément cliniques, sinon

nouvelles, reposent sur l'observation d'une épidémie de gangrène vulvaire chez les nouvelles accouchées, survenue dans le service d'accouchements de l'hôpital de la Charité en 1869. 12 femmes, dont 7 primipares, furent atteintes de gangrène très-localisée des lèvres, 3 fois seulement de la commissure coïncidemment avec métro-péritonite, 3 fois avec des accidents typhoïdes et 8 fois, par conséquent, sans autre symptôme local que la gangrène, mais avec des symptômes généraux plus ou moins intenses. Sur 6 applications de sangsues, 3 fois les piqûres se gangrenèrent également. Il y eut 2 morts.

La gangrène presque exclusive des lèvres et l'état de primiparité de la plupart de ces femmes, ayant déterminé une compression forte et prolongée de ces parties par la tête de l'enfant, sont les raisons déterminantes de l'auteur pour admettre que la contusion est ici beaucoup plus dangereuse que la déchirure, la rupture des tissus. Elle mortifie davantage en effet. Or, comme cette gangrène n'apparaît pas ordinairement, l'auteur la rapporte au puerpérisme, à une espèce de septicémie puerpérale. On explique tout aujourd'hui par ce mot à la mode. Mais ne peut-elle pas être également l'expression d'une infection toute spéciale? La légèreté des symptômes généraux quand ni l'utérus ni le péritoine n'étaient atteints, des accidents typhoïdes, dans un cas, peuvent au moins faire mettre un point d'interrogation. Il sera prudent toutefois, dans le cas d'une pareille épidémie, de ne pas appliquer des sangsues. (*Union méd.*, n°s 117-120.)

Gangrène pulmonaire. Conformément à la distinction faite par Corbin dès 1830, M. Bucquoy la divise en deux formes principales : pneumonique ou pleuro-pneumonique et pleurétique, ou en profonde et superficielle. Ce n'est pas que la première succède à une pneumonie ; — l'observation de Laennec et de Grisolle témoigne qu'elle n'en est presque jamais la terminaison, — mais c'est à cause des symptômes analogues qu'elle revêt avec des caractères spéciaux. Le point de côté a ainsi plus d'intensité et de persistance ; la fièvre a des exacerbations plus prononcées ; la température est basse, tandis que le pouls est élevé ; la dyspnée est plus intense et la toux pénible et presque incessante. Ces carac-

tères tranchant surtout avec les phénomènes stéthoscopiques, peuvent mettre sur la voie d'une gangrène pulmonaire centrale, sinon profonde. Les crachats hémoptoïques et surtout leur odeur caractéristique confirment le diagnostic. L'anéantissement et la prostration des forces sans l'ensemble ordinaire des phénomènes adynamiques, forment le complément symptomatique de cette affection.

La gangrène pleurétique ou superficielle du poumon atteint surtout la périphérie de l'organe, et il l'appelle ainsi parce que, en raison même de son siége, elle se complique ordinairement de pleurésie. Elle est beaucoup plus rare que la précédente, et c'est à cette forme qu'il rapporte les cas de pleurésie gangréneuse primitive (voy. *ce mot*). Les symptômes sont les mêmes que dans la forme précédente, sinon que l'épanchement se manifestera au début et sera ordinairement purulent, pour ne pas dire toujours. Générale ou partielle, la pleurésie est alors le phénomène principal. Il peut même masquer ceux de la gangrène pulmonaire. Si le malade résiste, la plèvre ne tarde pas à participer au travail gangréneux avoisinant et cède ainsi dans une partie de son étendue. La fonte gangréneuse se confond avec l'épanchement et il en résulte cette horrible fétidité qui peut faire croire à une gangrène primitive de la plèvre. En effet, si la gangrène pulmonaire est circonscrite et très-superficielle, cette fétidité caractéristique peut manquer du côté de l'haleine et des crachats.

Si un refroidissement intense de tout le corps ou une contusion violente de la poitrine peuvent servir à diagnostiquer cette forme de gangrène pleurétique, la violence du point de côté et sa ténacité, l'intensité de la dyspnée et de la toux coïncidant avec une expectoration presque nulle et insignifiante, la feront sûrement distinguer de la pleurésie ordinaire. Les crachats hémoptoïques et quelquefois des hémoptysies confirment ce diagnostic.

L'apparition d'emblée et l'intensité des phénomènes pleurétiques avec absence d'expectoration sont donc les caractères distinctifs de cette forme; tandis que l'expectoration plus ou moins fétide et l'apparition tardive des symptômes pleurétiques sont, au contraire, ceux de la seconde. Le diagnostic sera donc surtout difficile dans les cas mixtes où la gangrène de profonde atteint rapidement la périphérie et *vice versâ*.

La fétidité caractéristique de l'haleine et des crachats peut faire défaut alors que la gangrène est des mieux constatée. Il en fut ainsi dans le cas du professeur Dolbeau, où des fragments de tissu pulmonaire gangréné furent expulsés par l'incision thoracique. C'est qu'au lieu d'être en foyers, cette mortification gangréneuse était superficielle. Elle ne portait que sur une mince couche de la surface pulmonaire, et les orifices des tuyaux bronchiques en rapport avec la face profonde des eschares ont été rapidement oblitérés par des bourgeons charnus.

En pareil cas, l'intensité et la douleur exceptionnelles du point de côté seront un indice précieux pour diagnostiquer la gangrène dont elles sont un des meilleurs signes.

Ce cas est surtout remarquable en ce que, malgré l'exfoliation par larges lambeaux mortifiés d'une grande étendue de la surface même du poumon, sa décortication pour ainsi dire, la réparation de pareils désordres dans un organe aussi important a pu se faire rapidement et sans traces, pas même la rétraction des parois thoraciques correspondantes. (*Union méd.*, nos 123 et 124.)

Eucalyptus. Parmi les désinfectants, tant internes qu'externes, l'eucalyptus a donné à M. Bucquoy de très-bons résultats qui lui ont paru surpasser beaucoup ceux obtenus avec toute autre médication. Il a exercé une influence heureuse dans 5 cas de guérison de gangrène pulmonaire. Même dans ceux où la terminaison a été funeste, il a calmé la toux et diminué l'odeur fétide bien mieux que l'acide phénique. Chez une malade entrée le 1er mai avec la forme pleuro-pneumonique, l'usage de l'eucalyptus enlevait aux crachats l'odeur gangréneuse et faisait cesser la dyspnée et la toux qui reparaissaient dès qu'on le suspendait. Malgré une pleurésie légère et les signes d'une excavation gangréneuse limitée et superficielle, la malade sortit guérie le 29 juin.

L'alcoolature d'eucalyptus, à la dose de 2 grammes dans une potion gommeuse simple ou additionnée de sirop diacode, est la forme employée. Si la dépression des forces est très-marquée, on alterne avec la potion de Todd additionnée de 2 à 4 grammes d'extrait de quinquina. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 9 juillet, et *Union méd.*, nos 84, 86, 91, 93 et 95.)

GOITRE. *Excision partielle de l'isthme.* L'hypertrophie du corps thyroïde est, d'après le docteur Duncan Gibb, la principale cause de la dyspnée qui se manifeste dans le goître par sa pression sur la trachée et son adhérence à ce conduit. Le développement des lobes latéraux lui donne la forme d'un ovale par la compression qu'ils exercent, et la mort peut en résulter comme il en relate un exemple malgré la trachéotomie qui fut pratiquée *in extremis.* L'autopsie montra qu'il ne restait plus qu'une étroite fissure ovale pour la respiration.

Pour prévenir cette fatale conséquence et diminuer la dyspnée, M. Gibb propose l'ablation de l'isthme, et l'a fait pratiquer par M. Holthouse sur deux goîtreuses admises à l'hôpital Westminster. La première était une cuisinière de vingt-neuf ans, en proie à une dyspnée intense causée par un goître volumineux datant de deux ans. L'isthme hypertrophié formait une tumeur distincte au devant de la trachée. Cette femme étant chloroformée, le 11 juillet 1874, la peau fut incisée sur la ligne médiane, au devant de la trachée, dans une étendue de 5 centimètres. La tumeur mise à nu avait le volume d'une noix aplatie. Une ligature fut placée à droite et à gauche avec une aiguille à anévrysme, et la portion médiane de l'isthme put ainsi être excisée sans hémorrhagie notable. Un petit kyste se trouva dans la portion réséquée, le reste avait l'aspect d'un tissu dégénéré.

La trachée se trouva ainsi mise à découvert. Dès le 17, les ligatures tombèrent et la cicatrisation était complète peu de jours après. L'opérée quitta l'hôpital respirant et avalant avec facilité. Elle put se marier ensuite, et le 16 novembre il n'y avait aucune récidive.

Le goître était congénital sur la seconde opérée âgée de dix-sept ans. L'isthme hypertrophié s'étendait d'un côté à l'autre sur la trachée et déterminait de la dyspnée, de la dysphagie, de la toux laryngée. Malgré l'usage interne des préparations iodées et des frictions avec le bromure de plomb, il y avait des accès répétés de suffocation pendant la nuit. La même opération que dans le cas précédent eut lieu le 15 décembre. L'isthme mis à nu avait au moins un pouce de large et était relativement épais et solidement adhérent à la trachée. Il fut détaché avec précaution à

l'aide de ciseaux courbes et deux ligatures aussi éloignées l'une de l'autre furent placées. On les laissa se détacher spontanément pour éviter l'hémorrhagie. La portion de l'isthme comprise entre elles suppura assez abondamment, et la plaie se ferma.

La circonférence du cou, qui était de 36c,2, se réduisit à 33c,7 par cette opération et le résultat paraît devoir être aussi favorable que dans le premier cas. (*Lancet*, janvier, nº 4.)

GLAUCOME. *Sclérotomie.* L'exécution plus simple de cette opération et son innocuité comparée avec l'iridectomie, ainsi que les succès obtenus par Quaglino et Lefort (voy. *année* 1872), de Magri et Chislat, ont conduit le docteur Grandclément (de Lyon) à la tenter sur un œil privé de la vue depuis trente ans chez une femme de trente-huit ans, et prise subitement d'un glaucome aigu. Celui-ci étant une hydropisie de la séreuse qui sépare la choroïde de la sclérotique, on se demande pourquoi la paracenthèse scléroticale ne suffirait pas pour l'écoulement du liquide, surtout avec la *cicatrice de filtration* qui en résulte, et pourquoi on recourt à l'excision de l'iris, opération délicate, minutieuse et des plus dangereuses, ce qui la relègue dans les mains des ophthalmologistes spéciaux. De Graefe, son auteur, avoua un jour, à la clinique de M. Richet, ne pouvoir l'expliquer. Si elle n'est pas indispensable, l'opération réduite à son premier temps, l'incision de la sclérotique, serait beaucoup simplifiée et à la portée de tous les praticiens.

En effet, M. Grandclément fit coucher sa malade et, les paupières étant écartées, l'œil fixé convenablement, il pratiqua une large incision de la sclérotique et de la cornée, comme pour l'extraction du cristallin. L'humeur aqueuse écoulée, les yeux sont fermés, et immédiatement les douleurs lancinantes ont disparu et ne sont pas revenues depuis. C'est donc là un nouvel encouragement à tenter cette simple ponction pour guérir le glaucome. (*Lyon méd.*, nº 35.)

GREFFES. Greffe tendineuse. Ce titre n'est pas exact, à moins de la comparer à la *greffe par approche* des horticulteurs. Il s'agit, en effet, d'une simple suture anastomotique

pratiquée par M. Tillaux sur un charpentier âgé de cinquante-deux ans qui, s'étant fait une plaie sur la face dorsale de la main droite, s'aperçut, après la cicatrisation qui dura un mois, de l'impossibilité de redresser l'auriculaire et l'annulaire. Ils restaient constamment fléchis dans la paume de la main, tandis que les autres doigts s'étendaient aisément.

A l'examen, M. Tillaux perçoit une petite saillie derrière les quatrième et cinquième métacarpiens. La prenant pour le bout central des tendons divisés, il pratique une incision verticale à ce niveau, aux extrémités de laquelle deux autres incisions horizontales permettent de constater, par la dissection, qu'il s'agit au contraire des bouts périphériques des tendons extenseurs de l'annulaire et du petit doigt. Dans l'impossibilité de retrouver le bout central rétracté, une boutonnière est faite au tendon voisin du médius, les extrémités des tendons divisés, disséquées et rafraîchies, sont insérées dans cette boutonnière et fixées avec des points de suture métallique. La cicatrisation se fit rapidement et ce blessé recouvra ainsi les mouvements d'extension de ses deux derniers doigts.

Facilitée par la compression élastique d'Esmarch, cette anastomose put se faire aisément sans anesthésie, mais on put constater ainsi, une fois de plus, la sensibilité très-vive des tendons quoiqu'ils ne fussent pas enflammés. (*Union méd.*, n° 18.)

Greffes hétéroplastiques. Ayant à combler une plaie très-vaste qu'il était peu pratique de recouvrir avec des greffes épidermiques prises sur le sujet lui-même, M. B. Anger eut l'idée d'emprunter ces greffes à des membres qui venaient d'être amputés. Le succès couronna son entreprise. De là, le nom d'hétéroplastie.

Ce n'est pas d'ailleurs seulement avec des lambeaux d'épiderme qu'il a réussi, mais en y comprenant le derme et jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané, voire même toute l'épaisseur de la peau. Ils avaient 1 ou 2 centimètres de circonférence. La peau recouvrant une tumeur des lombes et la muqueuse préputiale d'un jeune circoncis ont également été greffées avec succès sur des brûlures ou des ulcères.

Il est important que le lambeau conserve encore la tem-

pérature du corps lorsqu'il est greffé. L'épiderme s'en sépare du quatrième au sixième jour en laissant le lambeau dénudé comme la surface d'un vésicatoire. Mais la cicatrisation ne s'en opère pas moins rapidement.

On peut ainsi, dans les hôpitaux au moins, épargner des souffrances et des plaies, si légères qu'elles soient, à des êtres vivants, pour avoir ces greffes. Il suffit que les parties amputées ou réséquées, sur lesquelles on les prendra, ne proviennent pas de sujets diathésiques, cancéreux ou autres, ou atteints de maladies virulentes ou contagieuses. Il est important que l'individu qui fournit ces greffes hétéroplastiques soit sain. (*Acad. des sciences,* 30 novembre 1874.)

On voit combien la question des greffes épidermiques, de M. Reverdin, s'est simplifiée et élargie depuis sa découverte. Il ne s'agit plus d'enlever, sur le sujet malade, cette infinité de lambeaux microscopiques d'épiderme qu'il était aussi délicat d'exciser que d'appliquer et de fixer sur la plaie, c'était deux opérations pour une : faire des plaies multiples pour en cicatriser une autre. Le dernier terme est seul à résoudre aujourd'hui.

Greffes dermiques. Un exemple remarquable de leur succès a été observé par M. le docteur Burdel. Une jeune fille, ayant été prise par ses cheveux à un arbre de couche, fut entièrement scalpée. Une première déchirure s'étendait jusqu'au devant de l'articulation maxillaire et formait un lambeau frontal qui recouvrait l'œil gauche. La seconde labourait toute la partie postérieure de la tête jusqu'à l'occiput. La troisième, à droite, gagnait le sourcil. Une abondante suppuration résulta de ces vastes plaies, et les greffes épidermiques n'ayant pas réussi sur les bourgeons qui s'en détachaient, l'autoplastie dermique, suivant le procédé de M. Guipon (voy. *année* 1874), fut tentée. Un lambeau du cuir chevelu, pris sur la malade, fut appliqué après avoir scarifié légèrement les bourgeons charnus à recouvrir. Cette greffe réussit parfaitement et trois autres semblables comblèrent la surface dénudée. Un an après, le tissu cicatriciel est parfait et le sommet de la tête est ainsi parsemé de quatre petits îlots garnis de cheveux. (*Union méd.*, n° 38.)

GROSSESSE. *Mouvements de la symphyse pubienne.* Une

femme arrivée au terme de sa grossesse, ayant été apportée à la Maternité, au mois de mars, parce qu'elle ne pouvait plus marcher sans être soutenue, ni faire le moindre mouvement sans ressentir des douleurs dans le bassin, M. Budin s'assura que la pression développait surtout ces douleurs au niveau de la symphyse pubienne et des symphyses sacro-iliaques. La mobilité de l'articulation des pubis entre eux se constatait bien par la pression des membres inférieurs de bas en haut, mais un procédé plus simple et nouveau permit de la constater bien mieux.

Il s'agit tout simplement, la femme étant debout, d'introduire l'index dans le vagin, la pulpe exactement appliquée sur le bord inférieur de la symphyse. En faisant ainsi marcher la femme, on sentait, à chaque pas, la branche osseuse du pubis, correspondante au membre mis en mouvement, chevaucher et descendre en refoulant le doigt en bas, à mesure de la progression, pour remonter ensuite dès que l'autre membre se mettait en mouvement et que le pubis correspondant chevauchait et descendait à son tour.

L'état de la symphyse pubienne, examiné par ce procédé sur plus de 80 femmes enceintes, a *toujours* présenté une certaine mobilité dans les derniers temps de la grossesse. Elle augmente à mesure que le terme arrive et est d'autant plus considérable que la femme a eu plus d'enfants. Elle est ainsi peu étendue chez les primipares et parfois extraordinaire chez les multipares qui en sont à leur septième ou neuvième grossesse, bien que marchant encore avec une grande facilité.

Rien de semblable n'a lieu en dehors de la grossesse surtout chez les femmes qui n'ont jamais été enceintes, mais une légère mobilité peut persister après l'accouchement pendant un temps variable. Les maladies des organes génitaux, de l'utérus et des ovaires, ne peuvent la produire. Un kyste volumineux de l'ovaire chez une fille de dix-sept ans, une tumeur solide de l'ovaire gauche chez une autre de quatorze ans et demi, et des tumeurs fibreuses utérines énormes chez une femme de quarante-cinq ans, n'ont rien produit de semblable. (*Progrès méd.*, n° 49.)

Voy. Métrite traumatique, vomissements incoercibles.

H

HÉMOSTASE. Un nouveau moyen d'hémostase a été remis en honneur par M. Verneuil sous le nom de forcipressure. L'importance qu'il lui a donnée en fait une véritable méthode. — Voy. FORCIPRESSURE.

De même de la compression élastique employée aujourd'hui universellement. Les travaux faits sur ce sujet nous l'ont aussi fait ranger à sa place. — Voy. COMPRESSION ÉLASTIQUE.

Suivant le professeur Spence (d'Édimbourg), le galvanocautère est destiné à supplanter l'écraseur dans la *bloodless surgery* lorsqu'il aura subi quelques perfectionnements qui en rendront l'usage moins compliqué. (*Address à l'Assoc. méd. britannique.*)

HÉMIOPIE. *Valeur séméiologique.* Quand l'ophthalmoscope ne décèle aucune lésion interne, il y a lieu, selon M. le docteur Abadie, à en rechercher la cause dans une lésion cérébrale et à interroger, à examiner le malade dans ce sens. Elle peut être le signe d'une lésion intéressant la bandelette optique lorsqu'elle est latérale à droite ou à gauche, comme il en rapporte un exemple remarquable chez un cocher de soixante-trois ans, dont l'hémiopie coïncida avec des douleurs violentes du côté droit de la tête. Dans ce cas, elle est une démonstration physiologique de l'entrecroisement partiel ou semi-décussation des nerfs optiques, comme une planche en fait la preuve. Les observations anatomiques et cliniques contradictoires sont beaucoup moins concluantes. La gravité de l'hémiopie est aussi subordonnée à l'altération cérébrale.

L'hémiopie temporale dénote une paralysie des deux moitiés internes de la rétine, c'est-à-dire une lésion occupant l'angle antérieur du chiasma. Une tumeur de cette région est signalée dans la plupart des cas. (*Progrès méd.*, n° 9.)

Une hémiopie gauche avec hémiplégie et anesthésie de ce côté, observée à l'hôpital des épileptiques et paralysés de Londres, par M. Hughlings Jackson, et suivie de mort, n'a offert, pour toute lésion, qu'une dépression considérable du

thalamus optique droit sur sa moitié postérieure où il était beaucoup plus mou que du côté opposé.

Elle existe le plus souvent avec l'hémiplégie, suivant cet observateur. Il en a vu 11 cas pour sa part, ce qui lui fait croire qu'elle est moins rare qu'on l'admet en tant que liée à d'autres symptômes nerveux. On peut la diagnostiquer à ce fait que le malade ne peut voir son côté paralysé. Il n'y a pas d'exception à cette règle. Deux hémiplégiques du côté gauche, à l'hôpital London, offrent cette distinction qu'ils ont complétement perdu la vue de ce côté.

En marchant dans les rues, l'hémiopique se choque contre les passants, il frappe ses mains contre la porte en sortant d'une chambre, à table, il pousse son verre au lieu de le saisir. L'hémiopie droite est surtout gênante parce que nous lisons et nous écrivons de gauche à droite. Elle coïncide parfois avec l'aphasie partielle, mais elle est facilement méconnue. En pareil cas, l'écriture ou les tentatives d'écriture du malade sont des séries de lignes allant de gauche à droite après quelques syllabes griffonnées. L'hémiopie de l'un des deux précédents malades fut découverte parce qu'il lisait seulement les mots du côté droit de la page. Son état mental ne lui permettait pas de comprendre qu'il pouvait lire le côté gauche en tenant son livre convenablement.

Ces exemples contredisent, selon l'observateur anglais, l'assertion émise sur la décussation complète des nerfs optiques chez l'homme. (*Lancet*, 22 mai.)

HÉMOPTYSIE. Elle peut provenir d'un anévrysme aortique, comme M. le docteur Cornil en rapporte un exemple observé dans la clinique de la Charité, sur une femme de cinquante-quatre ans. Dès les premiers jours d'octobre 1874, une hémoptysie de plusieurs litres avait eu lieu et une seconde beaucoup plus abondante quelques jours après. Les crachats restaient teintés de sang, lorsqu'elle entra à l'hôpital. Un bruit de souffle rude et systolique à la pointe du cœur avec matité de tout le lobe supérieur gauche, sans souffle ni battement dans la région aortique, fut observé. Pleurésie gauche avec dilatation des veines cutanées de ce côté. Un cancer du poumon fut soupçonné ainsi qu'une congestion pulmonaire consécutive à l'affection cardiaque, lorsque la mort, déterminée par une

hémoptysie foudroyante, le 9 janvier 1875, vint démontrer la vérité.

C'était un anévrysme de la crosse de l'aorte, de la grosseur des deux poings, représenté par une tumeur située dans la partie supérieure de la poitrine, entre la colonne vertébrale et la paroi antérieure. Au-dessus des valvules sigmoïdes normales, l'aorte se dilate dans une hauteur de 20 centimètres, suivant une forme ovoïde. Des plaques athéromateuses et des caillots stratifiés tapissent l'intérieur. Deux bosselures considérables se distinguent : l'une en avant et en haut; l'autre, en arrière et en bas, correspond avec la bronche gauche par une perforation d'un centimètre de diamètre. Des caillots fibrineux, décolorés et denses, d'un centimètre d'épaisseur, obturent cette ouverture ancienne. C'est par là que se faisait le passage du sang, filtré, sans doute, entre les couches de ces caillots sans lesquels l'hémoptysie eût été foudroyante dès le début.

Cette hémoptysie récidivante et datant de plusieurs mois éloignait toute idée d'anévrysme. Et cependant il s'agissait bien d'un anévrysme vrai, résultant de la dilatation des trois tuniques. Mais le siége de la tumeur et l'intégrité parfaite des valvules sigmoïdes ne permettaient pas de le diagnostiquer. (*Journ. des connaiss. méd. pratiques*, janvier.)

Inhalations térébenthinées. Au lieu de donner l'essence de térébenthine à l'intérieur, en capsules ou autrement, on l'administre en vapeurs dans les hôpitaux de New-York. Sur un vase plein d'eau chaude, une soucoupe contenant 4 grammes d'essence de térébenthine est placée près du malade qui en respire les vapeurs. La volatilisation étant lente, les voies aériennes n'en sont pas gênées. Ces inhalations sont répétées trois à quatre fois par jour. Les hémoptysies chroniques rebelles en sont surtout justiciables.

Hémoptysie cardiaque. Bien diagnostiquée, elle peut servir à reconnaître une maladie du cœur jusqu'alors latente. Les affections de l'orifice mitral y donnent le plus souvent lieu par la formation de concrétions fibrineuses dans les cavités droites, qui sont lancées dans les artères pulmonaires et produisent des fluxions collatérales, l'altération des vaisseaux, la congestion passive des poumons, etc., etc.

Parfois foudroyantes, ces hémoptysies sont le plus souvent modérées et se continuent pendant plusieurs jours en diminuant graduellement. Ce caractère, lorsqu'il se joint à l'absence d'air dans les crachats et à leur viscosité, peut, d'après M. G. Sée, servir à la distinguer. (*France méd.*, n° 37.)

HÉMORRHAGIES. *Bromure de potassium.* Conformément à l'action hémostatique attribuée à ce sel par M. Peyraud (voy. *année* 1874), le docteur Geneuil l'a trouvé d'une grande efficacité contre plusieurs hémorrhagies, les épistaxis en particulier. Un jeune homme, atteint d'une affection mitrale, avait un fort saignement de nez que la solution de perchlorure de fer ne pouvait arrêter. Il suffit d'injecter une solution très-concentrée de bromure de potassium dans les narines pour que l'épistaxis s'arrêtât aussitôt. La même solution réussit également sur une femme alcoolique de cinquante ans dont l'épistaxis ne pouvait être arrêtée. Deux injections suffirent.

Et pour montrer que ce résultat est dû à l'action vasoconstrictive du bromure plutôt qu'à l'abaissement de température du liquide, M. Geneuil a fait tiédir l'eau avant de la saturer de bromure et l'a injectée ainsi avec la même efficacité. Deux injections ont également suffi chez un homme pléthorique de trente-cinq ans et chez une jeune fille anémique. On peut aller jusqu'à trois ou quatre et se passer ainsi de tamponnement.

Des bourdonnets de charpie imbibés d'une solution concentrée de bromure ont arrêté aussi une hémorrhagie *post partum* inquiétante, sans aucune action caustique.

Bien entendu, il faut en continuer l'usage interne pour prévenir les récidives et traiter la cause qui a provoqué l'hémorrhagie. Mais une preuve de l'action astringente et topique de ce sel, c'est que, injecté dans le mésentère du lapin, il détermine la contraction des vaisseaux et diminue considérablement le pouls si on l'injecte dans l'aorte, comme M. G. Sée l'a constaté. La pâleur des téguments est remarquable, de même que chez ceux qui sont soumis à un traitement interne et à haute dose de ce bromure, les épileptiques en particulier. On peut même se demander si ce n'est pas en prévenant certaines congestions des centres

nerveux qu'il agit parfois contre cette épouvantable maladie. (*Soc. de méd. de Jonzac*, septembre, et *Union méd.*, nº 130.)

Quoique repoussée dédaigneusement par M. Vulpian parce qu'elle n'a pas subi le contrôle des expérimentateurs officiels, cette interprétation de l'action vaso-constrictive du bromure de potassium se confirme donc par la clinique, ce qui est bien préférable à l'expérimentation.

Hémorrhagies multiples. Elles peuvent se présenter par tous les orifices et jusque sous la peau, à plusieurs reprises, et déterminer la mort sans qu'il soit possible d'en saisir la cause. Dans un premier cas observé par le docteur Hart (de Washington) sur un peintre de vingt-cinq ans, des symptômes nerveux, de l'hébétude avec somnolence comateuse, furent les seuls signes sensibles lorsque les selles devinrent sanguinolentes; le sang suintait par mille pores cutanés, comme une *sueur sanguine*, dont les vêtements et le lit étaient imprégnés; vomissement et pissement de sang. Pouls à 100, 4 respirations par minutes, température à 37°,8.

Une observation très-attentive du 6 au 15 novembre ne permit pas de saisir la cause de ces accidents. On combattit tour à tour les hémorrhagies et les accidents nerveux. Après quelques alternatives de mieux et de pire, la mort eut lieu dans l'anémie et l'épuisement, sans autre diagnostic que *sueur de sang associée à des hémorrhagies internes.*

Dans un second cas rapporté par le docteur Bureau dans sa thèse (Paris, avril 1875), c'était chez un garçon de douze ans, bien portant jusque-là, que ces hémorrhagies généralisées apparurent après quelques jours de malaise et d'impuissance au travail. Epistaxis, hémoptysie, hématémèse, hématurie, selles colorées en noir, écoulement de sang par l'oreille, suffusions sanguines se montrant à la fois, et ce n'est que par une médication très-énergique qu'après dix à douze jours tous les accidents cessent graduellement et que le malade put, six semaines après, reprendre ses travaux.

Trois ans après, il fut repris des mêmes accidents. Une épistaxis fut le début de cette scène pathologique, puis hémoptysie, taches ecchymotiques généralisées de la peau et

sous la conjonctive. Une douleur vive à l'épigastre était l'unique symptôme.

Ces hémorrhagies cessent après une dizaine de jours, mais le malade ne peut reprendre ses forces ; il devient triste, morose, et succombe dans l'épuisement. Aucune autopsie n'a été possible. (*Arch. de méd.*, avril-mai.)

Hémorrhagies pulmonaires. *Étiologie cérébrale.* De même que des auteurs ont observé une relation entre la pneumonie et l'hémiplégie (voy. *année* 1872) et que M. Brown-Séquard recommande d'ausculter le thorax dans les lésions cérébrales (voy. *année* 1873), divers auteurs allemands relatent des hémorrhagies pulmonaires coïncidant avec des lésions cérébrales. Sont-ce là des effets de la lésion du pneumogastrique, comme le veut M. Brown-Séquard, ou simple coïncidence ? Après tant de faits analogues, cette dernière interprétation n'est guère possible. Le professeur Nothnagel a produit ainsi expérimentalement des hémorrhagies pulmonaires parfois considérables de tout le parenchyme pulmonaire en blessant avec une épingle une portion déterminée de la surface du cerveau du lapin située dans le voisinage du sillon que l'on observe à la partie supérieure. Le docteur Jehn a constaté le même fait à l'autopsie de 2 aliénés et de 3 paralysés, sans qu'aucun symptôme ait révélé ces lésions pendant la vie. Des extravasations de sang rutilant, artériel, d'une teinte uniforme, sans caillot, existaient dans les deux poumons et occupaient des îlots complets du parenchyme pulmonaire. La limite en était nettement accentuée sans œdème appréciable. Au delà, les parties étaient œdématiées et occupées par des dépôts pneumoniques. Bronches libres. L'examen microscopique décela des alvéoles remplis presque exclusivement de corpuscules rouges du sang ; les vaisseaux et le parenchyme ne semblaient nullement altérés.

Des néoformations anciennes ou récentes des méninges, de la pachyméningite hémorrhagique, une rougeur diffuse de quelques circonvolutions, dans deux cas une apoplexie capillaire de la substance corticale, furent rencontrées dans les centres nerveux. On peut donc voir là une certaine similitude avec les pneumonies observées si souvent chez les aliénés et qui terminent souvent leur vie. (*Centralblatt*, 1874.

Le docteur Heitler a confirmé amplement cette étiologie en piquant les différentes parties de l'encéphale. Dans ses expériences, les blessures légères des hémisphères cérébraux n'ont déterminé aucune altération pulmonaire, mais des hémorrhagies se sont produites en enfonçant une tige métallique d'avant en arrière à travers les hémisphères et en les laissant plusieurs jours en place. La lésion des couches optiques produit constamment ces hémorrhagies; un début de pneumonie fut même rencontré dans un cas. Il n'y eut que de l'hypérémie cérébrale après la lésion des tubercules quadrijumeaux, mais le pédoncule cérébral droit ayant été atteint, l'hémorrhagie pulmonaire fut considérable.

La lésion du vermis, même avec piqûre du plancher du quatrième ventricule, laissa les poumons indemnes; mais si ce plancher était lésé à droite ou à gauche de la ligne médiane, des hypérémies et des hémorrhagies parfois considérables en résultaient. L'atteinte des cordons latéraux, à 4 millimètres de l'angle inférieur du quatrième ventricule, n'amena aucune altération pulmonaire.

Il en résulte que la lésion encéphalique des parties les plus différentes et même de la moelle allongée produit des désordres pulmonaires identiques, tandis que d'autres sont absolument sans influence. (*Stricker's Jahrb.*)

Il faudra donc, à l'avenir, tenir compte de ces lésions pulmonaires dans les expériences qui seront faites sur le cerveau.

Résection costale. Un garçon de seize ans atteint d'empyème et d'une fistule thoracique consécutive, qui servait à pratiquer des injections détersives, fut pris d'une hémorrhagie intense par cette fistule. Rien ne pouvant l'arrêter, M. Letiévant (de Lyon) se décida, pour en reconnaître la source, à pratiquer une fenêtre th racique par un large débridement du septième espace intercostal avec résection de 4 centimètres des 7e et 8e côtes. Il put ainsi reconnaître le siége de l'hémorrhagie dans la cavité pleurale et l'arrêter en tamponnant celle-ci avec 80 tampons de charpie réunis en queue de cerf-volant. Enlevé quarante-huit heures après, ce tamponnement mit fin à cette complication dangereuse. Le jeune malade a guéri de son empyème, mais sans que cette pratique hardie puisse être recommandée pour faci-

liter l'accolement des parois du foyer purulent. (*Soc. de chir.*, juillet.)

Hémorrhagies cérébrales. *Modifications consécutives de l'urine.* L'albuminurie, dont l'apparition immédiate a pu servir dans un cas à faire diagnostiquer le siége de l'hémorrhagie à M. Liouville (voy. *année* 1873), peut se montrer comme la polyurie et la glycosurie sans être d'aucune utilité pour l'indication de ce siége. Tout dépend de l'ordre d'apparition et de la durée de ces phénomènes qui peuvent simplement dépendre d'une paralysie vaso-motrice du foie et des reins. Il faut donc savoir comment ils se présentent dans ce cas.

D'après une série de douze faits observés par M. Ollivier, la polyurie et l'albuminurie apparaissent de très-bonne heure, parfois dès la première demi-heure qui suit l'attaque. En deux heures, on retira deux litres d'urine chez un malade, avec une densité diminuée. L'albuminurie peut survenir de même et disparaître en vingt-quatre heures. La glycosurie ne survient qu'ensuite et la proportion d'albumine et de sucre est en rapport avec l'étendue du foyer hémorrhagique. Leur abondance augmente d'autant la gravité du pronostic, surtout si elle coïncide avec l'abaissement de la température. (*Gaz. hebd.*, nos 11, 12 et 13.)

Hémorrhagies intestinales par embolie. Rappelant les divers travaux exécutés sur l'embolie des artères mésentériques comme cause des hémorrhagies intestinales, notamment par MM. Bertin et Mollière (voy. *années* 1869, 1872), et relatant les observations les plus probantes rapportées en Allemagne et en France à l'appui de cette interprétation, M. Lereboullet en produit une nouvelle qu'il a recueillie sur un militaire de cinquante-trois ans, entré au Val-de-Grâce le 14 décembre 1874. Après une endocardite qui laissa une affection organique du cœur, il fut pris d'hémorrhagies gastro-intestinales très-abondantes, assez profuses pour provoquer des syncopes. Elles disparaissent et reparaissent alternativement sans que l'examen de l'estomac, du foie, ni des intestins décèle de lésion appréciable. D'où la conclusion qu'elles dépendent d'une embolie des artères mésentériques.

De cette revue historique, il résulte clairement que certaines hémorrhagies intestinales survenant brusquement et guérissant rapidement, au début ou dans le cours d'une maladie organique du cœur, peuvent être dues à une rupture vasculaire consécutive à l'oblitération embolique des artères mésentériques.

D'après les symptômes observés et l'examen du sang contenu dans les selles, on peut arriver à reconnaître à peu près le niveau auquel s'est arrêté l'embolus. En l'absence de toute lésion de l'estomac et de l'intestin, il ne faut donc pas se hâter de conclure à une hémorrhagie idiopathique. (*Gaz. hebd.*, n° 18.)

Hémorrhagies secondaires des nourrices. Elles sont une contre-indication formelle à l'allaitement, selon M. Bouchacourt. Elles se montrent en général peu de jours, dix, quinze à vingt, après l'accouchement et se renouvellent chaque fois que l'enfant prend le sein. Dans ces cas, l'examen trouve le col gonflé, entr'ouvert, le corps de l'utérus est plus mou, moins revenu sur lui-même que d'ordinaire. Il ne faut pas craindre de laisser lever les malades. La cessation de l'allaitement met fin à ces hémorrhagies.

Contre l'opinion trop générale que l'allaitement est un préventif de ces hémorrhagies secondaires, M. Diday cite une femme qui n'ayant pas nourri son premier enfant, n'eut pas d'hémorrhagie, tandis qu'elle se présenta à son second qu'elle voulut nourrir. A deux accouchements successifs, une jeune femme eut des hémorrhagies en voulant nourrir; au troisième, elle s'en abstint et l'hémorrhagie n'eut pas lieu. Ce fait de M. Lavirotte a donc la rigueur de la démonstration expérimentale.

Il résulte des recherches de M. Jacquet que le retrait utérin se fait plus lentement et incomplétement chez les nourrices et que les tranchées sont chez elles plus fréquentes et plus intenses. Certaines nourrices ont des douleurs utérines chaque fois que l'enfant prend le sein. (*Soc. méd. de Lyon*, août.)

Hémorrhagie splaccentaires. — Voy. Placenta.

HÉMORRHOIDES. *Hypertrophie hépatique.* Elle est une contre-indication à l'excision des hémorrhoïdes, pour M. le professeur Verneuil, lors même que les pertes de sang et l'anémie profonde qui en résultent mettent la vie en danger. C'est ainsi qu'un homme de quarante ans, si profondément anémié que toute la surface cutanée avait la couleur de la vieille cire avec bruit de diable des artères et un bruit de souffle au cœur, entrait à la Pitié pour se faire opérer. Depuis vingt ans, ses hémorrhoïdes fluent abondamment. Homme sobre, robuste, énergique, jardinier vivant à la campagne, il est exempt d'alcoolisme, de syphilis, d'impaludisme, de toute diathèse et de cachexie, sinon de l'hérédité hémorrhoïdaire.

A l'examen, tous les organes sont sains à l'exception du foie qui s'élève à deux travers de doigt au-dessous du mamelon et descend à quatre travers au-dessous du bord du thorax. En largeur, son rebord gauche est parallèle au mamelon gauche et il contourne à droite la paroi thoracique. Le toucher est douloureux. La rate est aussi accrue de volume.

Cette coïncidence d'une cirrhose avec les hémorrhoïdes n'est pas rare ni constante. Elle peut être causée par l'impaludisme et, dans ce cas, des douches sur le foie hypertrophié avec lavements froids, régime tonique peuvent faire disparaître l'une et l'autre Deux succès semblables sont relatés par M. Verneuil; mais, dans ce cas, quel est le rapport de cette coïncidence? se demande le professeur.

Est-ce l'hypertrophie du foie qui produit les hémorrhoïdes, par gène de la circulation de la veine porte? C'est inadmissible dans ce cas. Sont-ce les pertes répétées de sang, au contraire, résultant des hémorrhoïdes qui amènent l'hypertrophie fonctionnelle de cet organe hématopoiétique? C'est plus probable, et l'on comprend ainsi qu'un traitement hydrothérapique soit couronné de succès comme dans l'exemple suivant :

Un négociant de province, affaibli par les pertes de sang très-nombreuses que lui occasionnaient des hémorrhoïdes volumineuses, et dans un état d'anémie aussi profonde que le malade précédent, avait résisté à la maladie, jusqu'au jour où, à bout de forces, il était venu trouver M. Verneuil décidé à se faire opérer. Ses essais avec le galvano-cautère

dans les opérations sur le rectum permettaient de l'opérer sans lui faire perdre une goutte de sang ; mais le foie était énorme !

Dès lors il était plus sage d'attendre, et, avant toute opération, d'essayer de diminuer l'hypertrophie du foie. Le séjour dans une maison d'hydrothérapie et tous les jours des douches sur la région hépatique avec des lavements froids amenèrent, après six mois, une diminution considérable du foie, et les hémorrhoïdes cessèrent de saigner. Les années suivantes, tous les deux ou trois mois, ce malade faisait ainsi quinze jours d'hydrothérapie. Après quatre ans, il a été complétement guéri de ses hémorrhoïdes et de sa congestion du foie, *sans avoir jamais été opéré.*

Par où a commencé la guérison? Les douches ont-elles d'abord diminué l'hypertrophie du foie? Le régime tonique rendant le sang plus plastique a-t-il vaincu l'anémie la première et entraîné la décongestion du foie et des veines hémorrhoïdales? Ou bien, en supprimant les hémorrhoïdes et l'écoulement sanguin, ce traitement a-t-il fait disparaître la congestion permanente du foie? Peut-on considérer le flux hémorrhoïdal comme l'analogue de l'épistaxis des maladies du foie? Ce sont là des questions auxquelles il est impossible de répondre d'une manière satisfaisante dans l'état actuel de la science. Il suffit de les poser clairement, parce qu'il est important de les résoudre, non-seulement au point de vue pathologique, mais surtout au point de vue du traitement.

Ces faits démontrent en effet qu'il ne faut pas opérer d'emblée tous les hémorrhoïdaires. Il est dangereux de faire un traumatisme sur un malade qui a le foie dans cet état. C'est peut-être à cause de ces cas qu'on peut s'expliquer la terreur des anciens dans les opérations qui avaient pour but la guérison des hémorrhoïdes. (*Progrès méd.*, n° 20.)

HERNIES. *Bons effets de la position déclive.* Suspendre le malade par les pieds la tête pendante, comme on l'a fait à tort pour faciliter, suivant les lois de la pesanteur, la rentrée des parties herniées dans l'abdomen, n'est pas un procédé nouveau. Il est barbare et sans nulle efficacité, car les parois abdominales sont au moins aussi tendues dans cette position que dans le décubitus horizontal. C'est pourquoi

Lawrence, en en parlant dans son *Traité des hernies*, le condamne et le repousse, même sans l'avoir éprouvé.

Mais tel n'est pas celui qu'a employé avec succès et préconisé le docteur Daniel Leasure. Sous le titre de *Tractile method of reducing strangulated hernia*, il corrige la méthode de la suspension dans ce qu'elle a de vicieux et de barbare. Les jambes du malade étant passées sur les épaules d'un aide, il est soulevé hors du lit jusqu'aux épaules seulement qui reposent, avec la tête, sur le plan du lit. Une incurvation de la colonne vertébrale en résulte qui relâche suffisamment la paroi abdominale antérieure pour que les viscères se trouvent abandonnés dans une certaine limite aux effets de la pesanteur. De là les bons effets qu'il en a obtenus constamment après l'insuccès des autres moyens. (*Amer. journal of the med. sciences*, avril 1874.)

Un succès remarquable en a été obtenu par le docteur Périer. Il s'agissait d'un homme de peine de soixante-cinq ans, portant, depuis quarante ans, une volumineuse hernie inguino-scrotale droite qui s'étrangla le 5 septembre 1874. L'aine devint douloureuse, la hernie rouge et volumineuse, il y eut des vomissements avec ballonnement du ventre et absence de selles. Le docteur Dupré, assisté de M. Capron, pratiqua le taxis à quatre mains pendant une demi-heure, et le professeur Gosselin qui, à deux reprises, avait déjà réduit cette hernie, ne put le faire cette fois avec ou sans chloroforme. Il envoya donc le malade dans sa clinique de la Charité en recommandant à son suppléant, M. Périer, d'opérer au plus tôt.

L'étranglement durait depuis quarante-six heures à l'arrivée du patient. Faciès pas très-altéré, pouls assez bon, à 86, pas de froid aux extrémités, ventre ballonné, un peu douloureux au niveau de la fosse iliaque droite. Hernie grosse comme un œuf d'autruche, tendue, luisante, rouge, douloureuse surtout au niveau de l'anneau ; pédicule relativement petit. Matité à la percussion, fluctuation décelant beaucoup de liquide.

Tout étant préparé pour la kélotomie, M. Périer voulut vérifier auparavant l'efficacité du procédé du docteur Leasure. Un infirmier prit sur ses épaules les jambes du malade et le souleva jusqu'à ce qu'il ne reposât plus sur le bord du lit que par la tête et les épaules. Dans cette situation déclive,

l'abdomen était devenu concave et ses parois étaient relâchées par suite de la forte flexion imposée à la colonne vertébrale. Après un vomissement immédiat, le chirurgien saisit de la main gauche le pédicule de la hernie qu'il éleva en haut, tandis qu'il en comprimait le sommet avec la droite. La tumeur diminua aussitôt graduellement jusqu'à moitié de son volume. Elle était pâteuse par place. Tout le liquide était rentré dans la cavité abdominale en deux minutes. Le patient fut replacé horizontalement et la réduction de l'intestin et de l'épiploon s'opéra très-facilement avec un bruit de gargouillement. Deux selles eurent bientôt lieu dans la nuit et le lendemain la guérison était complète. (*Soc. de chir.*)

Il est probable que l'aspiration du liquide, dans ce cas, eût amené de même la réduction facile des parties solides. Mais cette méthode, dont on s'occupa avec engouement, il y a quelques mois, en l'appliquant indifféremment à tous les cas, est délaissée aujourd'hui parce qu'il y a eu quelques insuccès. C'est ainsi que, contre une vieille hernie inguinale gauche étranglée, réduite à deux reprises en quelques jours à l'aide de l'éthérisation et de l'aspiration du liquide, chez un marin de soixante-trois ans, la troisième réduction ne put se faire malgré le recours à cette position. L'éthérisation étant complète, les jambes du malade furent placées sur les épaules d'un homme robuste, la tête et les épaules reposant sur le lit. Le taxis fut pratiqué pendant environ huit minutes dans cette situation, en présence de quatre médecins, sans que la réduction s'opérât. Le docteur Galloupe dut recourir immédiatement à la kélotomie. Le sac contenait environ huit pouces d'intestin en bon état et une grande quantité d'épiploon. L'opéré guérit. (*Boston med. and surg. journal*, août, nº 9.)

Évidemment, c'est pour n'avoir pas encore bien saisi les indications spéciales de ce procédé que certains chirurgiens ont échoué. L'existence d'une bande pseudo-membraneuse, constatée à l'anneau interne dans le cas précédent, et la présence de gaz dans l'intestin, ayant nécessité l'aspiration pour le réduire, expliquent suffisamment l'insuccès. Il en devra être de même quand il s'agit d'une hernie dure, solide. Il ne faut donc employer la position déclive que dans les cas analogues à celui de M. Périer.

Un succès remarquable en a aussi été obtenu par M. Thornton, chirurgien-major dans l'Inde. Dhoree, âgé de quarante-deux ans, fut reçu au dispensaire d'Arrah le 4 décembre 1873 pour une vieille hernie inguinale oblique droite, étranglée depuis trente heures environ et qui n'avait pu être réduite malgré des tentatives répétées de taxis. L'aide-major l'avait même tenté inutilement à l'aide de la chloroformisation. Le patient était dans une grande anxiété ; pas de selles depuis le début des accidents, prostration extrême, hoquet et vomissements. Les pieds du malade furent mis sur les épaules d'un aide en faisant un angle de 45 degrés avec le tronc étendu sur le lit. Aucune manœuvre de réduction ne fut opérée et, après vingt minutes de durée de cette position, la hernie rentra spontanément et ne reparut plus. C'est donc là un exemple de la valeur et de l'innocuité de cette méthode qui doit être au moins tentée avant toute opération. (*Lancet*, 14 août.)

Réduction par l'introduction de la main dans le côlon. Cette étrange méthode a été employée avec succès par Hadden (de New-York), pour une hernie inguinale dure, douloureuse au toucher, grosse comme un œuf de cane et irréductible, malgré la chloroformisation, chez une femme de quarante-cinq ans. Bien chloroformisée, elle fut placée sur la poitrine et les genoux. Le chirurgien introduisit ses doigts dans le rectum et passa sa main jusque dans le côlon, malgré la difficulté de suivre l'intestin au niveau du promontoire. La voie fut trouvée libre ensuite. Des tractions douces furent opérées sur l'intestin à l'intérieur en même temps que le taxis externe était opéré avec l'autre main. En dix ou douze minutes, la réduction s'opéra. Bientôt les vomissements cessèrent, une selle abondante eut lieu le lendemain et, malgré les douleurs colo-rectales et de vives cuissons résultant de cette singulière opération, la femme guérit. (*New-York med. Record*, juillet.)

Que faut-il penser de ce procédé inspiré sans doute par la pratique du professeur Simon (de Berlin). La réduction n'a-t-elle pas été opérée bien plutôt par le taxis externe que par ces tractions dangereuses de l'intestin en dedans ? Tirer sur un intestin enflammé, congestionné et étranglé, quoi

de plus dangereux et antichirurgical? — Voy. Obstruction intestinale.

Une des causes de la persistance de l'étranglement après réduction par le taxis ou la kélotomie est, suivant M. Azam, le refoulement de l'intestin sous le péritoine décollé ou en dedans d'une corde épiploïque. La direction de l'effort en arrière et en dedans lui paraît être la cause de cette complication mortelle. D'où le précepte de le diriger en haut et en dehors, presque parallèlement à l'axe du corps, en se plaçant du côté opposé à la hernie. Dans le cas d'opération, il faut maintenir le sac à l'extérieur, le tendre même afin d'en éviter les plicatures transversales du collet. (*Acad. de méd.*, avril.)

Kélotomie. *Plissement des tissus.* Au lieu du pincement délicat, léger et répété que le chirurgien pratique successivement et incise avant d'arriver sur l'intestin étranglé, M. le professeur Rigaud recommande au contraire de déposer les pinces après avoir divisé un certain nombre de couches et fait un précepte rigoureux, bien plus sûr, pour ne pas blesser l'intestin, de faire la pince avec l'indicateur et le pouce de la main gauche. On essaie ainsi un léger pli à la lame membraneuse que l'on doit inciser. Si ce pli glisse sur une tumeur globuleuse, on peut inciser sans crainte, mais, dès qu'au lieu de cette tumeur globuleuse on sent un vide, une gouttière, c'est la preuve que l'intestin est pincé et qu'il faut s'arrêter.

Le débridement opéré, il faut encore essayer à refaire ce pli, car il peut se faire encore si le sac, collé à l'intestin, permet ensuite son glissement. Cinq fois, M. Rigaud a constaté ce fait. Ledran avait déjà conseillé ce pincement.

Une nappe de sang, s'écoulant de la paroi externe de l'intestin, n'est pas une contre-indication à sa réduction, cette plaie est moins dangereuse que la piqûre d'une aiguille. (*Bull. de la Soc. de chir.*, n° 6.)

Débridement de l'anneau. Convient-il de le pratiquer quand l'intestin hernié est gangrené et ne peut être réduit? M. A. Guérin a blâmé M. Surmay de l'avoir fait dans une hernie inguinale étranglée parce que la largeur de l'anneau

n'en fait pas ici une nécessité, comme dans la hernie crurale, et expose au danger de voir la portion gangrenée être aspirée et rentrer dans le ventre. Mais MM. Tillaux, Lannelongue et Després préconisent, au contraire, ce débridement pour faciliter la circulation des matières intestinales et M. Le Fort l'approuve surtout afin de pouvoir attirer la partie saine. (*Soc. de chir.*, décembre 1874.)

En bonne pratique, ce débridement doit donc être subordonné au diamètre de l'anneau et pratiqué seulement quand il ne permet pas facilement de remplir ces indications.

Sur l'opération de la hernie étranglée sans ouverture du sac. Thèse inaugurale par le docteur Colson. Paris.

En vue de réhabiliter ce mode de réduction préconisé par son père, en 1863, après Bonnet et Petit, l'auteur rapporte cinq nouveaux succès obtenus par son père et trois recueillis dans la clinique de M. A. Guérin, à l'Hôtel-Dieu. Son avantage est de rendre la péritonite moins dangereuse.

Hernie recto-vaginale. Elle serait assez fréquente, d'après M. B. Anger, car il l'a rencontrée dix fois de 1873 à 1875. Ayant constaté anatomiquement, en 1867, une cavité séreuse développée dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale et communiquant avec le péritoine par une étroite ouverture, il était resté incertain de savoir si c'était un sac herniaire ou un kyste ouvert accidentellement dans le péritoine. Un fait clinique vint lever ses doutes à cet égard.

En 1873, il rencontra, à l'hôpital, une tumeur du volume d'une tête d'enfant à terme, soulevant le périnée, et s'étendant depuis la symphyse pubienne jusqu'à l'anus, tumeur qui diminuait beaucoup de volume lorsque la malade était couchée, et qui arrivait même à disparaître complétement sous l'influence de pressions méthodiques. L'examen anatomique de la tumeur, ayant pu être pratiqué quelque temps après, montra qu'elle consistait en une énorme hernie de l'intestin grêle occupant un sac herniaire limité en avant par la paroi postérieure du vagin, en arrière par la paroi antérieure du rectum, disséqués et écartés l'un de l'autre dans toute leur étendue.

Dix fois depuis, la même hernie a été constatée sur le vivant, notamment sur une malade de l'hôpital Saint-Antoine

chez laquelle la tumeur, recouverte par la muqueuse vaginale, avait la forme d'un ovoïde du volume d'une pomme de moyenne dimension, comme enchâssée dans l'orifice vulvaire. De consistance molle, elle disparaît avec facilité lorsqu'on la presse légèrement entre les doigts, réduisant ainsi le contenu. Si l'on fait tousser la malade ensuite, on sent un choc caractéristique indiquant l'effort brusque transmis par l'intestin. En combinant le toucher vaginal avec le même mode d'exploration pratiqué par le rectum, on arrive facilement à apprécier l'étendue de l'espace qui sépare les deux membranes, espace d'autant plus grand que la quantité d'intestin contenue dans le sac est plus considérable. La tumeur en question n'est donc point une rectocèle, mais une hernie développée dans l'épaisseur même de la cloison, ou hernie recto-vaginale. (*Courrier méd.*, mai.)

HERPÈS. *Inoculabilité.* — Voy. INOCULATION.

HONORAIRES. Un procès certainement sans précédent s'est plaidé le 3 juin 1875 devant la première chambre du tribunal civil de Lyon. Un vieillard, de soixante-dix-sept ans, était atteint d'un mal incurable de la jambe qui était resté rebelle à toutes les ressources de la thérapeutique. L'amputation devenue nécessaire fut exécutée par M. le docteur Philippeaux, assisté de deux confrères. L'opération réussit et l'opéré guéri ne pensait guère, plusieurs mois après, à s'acquitter du service rendu, lorsqu'il reçut une note de 715 francs. La trouvant trop élevée, il imagina le stratagème suivant pour la faire réduire et même n'en rien payer du tout, voire même recevoir des dommages-intérêts.

Il avait été convenu que le membre reséqué serait enterré par le jardinier dans le jardin. Pour connaître mieux le mal du pied, l'un des médecins assistants avait retranché celui-ci pour le disséquer et l'avait emporté. De là le litige et une demande de réduction des honoraires à 500 francs. Il en fait l'offre par ministère d'huissier pour ne pas paraître ingrat et croyant sans doute faire le généreux. Sur le refus du docteur Philippeaux et sa négation d'avoir promis d'enterrer la jambe coupée en entier, aussi bien que d'en avoir personnellement séparé le pied, le tribunal, considérant que

l'opéré avait reconnu sa dette par des offres réelles et que sa demande reconventionnelle manquait de base sérieuse, le condamna à payer le montant intégral de la note avec intérêts du jour de la présentation et aux frais. (*Lyon méd.*, n° 24.)

Il y a cependant là un enseignement pour le chirurgien, à ne rien promettre à l'avenir des parties reséquées, ou autrement à n'en rien distraire pour éviter tout procès.

HYDROCÈLE. *Vin froid.* M. Dolbeau est revenu à l'ancienne pratique en la simplifiant. Au lieu d'un gros vin choisi, chargé de tannin ou d'alun, chauffé, il emploie le vin ordinaire des malades, sans nulle préparation, et à la température ordinaire. Il résulte de sa pratique à l'hôpital Beaujon, publiée dans la thèse du docteur Galvani, que cette injection, appliquée à l'hydrocèle simple et aux kystes de l'épididyme, donne d'aussi bons résultats que l'injection iodée avec l'avantage de n'être nullement douloureuse et de ne provoquer qu'une réaction très-modérée. Jusqu'ici la guérison a été constante sans retentissement sur le testicule.

Hydrocèle abdominale. Le testicule retenu dans l'abdomen n'a donné que très-rarement naissance à ces tumeurs. Un garçon de vingt-huit ans fut admis le 6 octobre 1874 à l'infirmerie royale de Bristol, service de M. Ch. Steele, pour une tumeur de l'abdomen l'empêchant de marcher. Le testicule gauche, situé dans le canal inguinal, n'était jamais descendu. Une douleur s'y fit sentir six ans auparavant après une longue marche, puis une tumeur se forma bientôt au-dessus qui ne cessa d'augmenter depuis. De la pesanteur avec gêne et douleur en résultaient.

A l'examen, elle mesure 20 centimètres en longueur et en largeur et n'est recouverte que par la peau et le grand oblique. Elle est saillante, fluctuante dans tous les points, sauf en bas où se trouve le testicule. Ponctionnée aussitôt, elle donne 900 grammes d'une sérosité claire. Le liquide ne tarda pas à se reproduire et, à la seconde ponction, M. Steele, connaissant mieux l'état des parties, fit une contre-ponction pour établir un séton qui amena la suppuration curative du sac. Tout se passa comme il l'avait

prévu, sans réaction sensible ni complications, et la guérison de l'hydrocèle fut ainsi obtenue sans récidive trois mois après malgré la marche. (*Lancet*, 13 février.)

HYDRONÉPHROSE INTERMITTENTE. Un exemple intéressant d'une occlusion incomplète temporaire de l'urèthre a été observé par le docteur Thomas Cole chez un homme de vingt-cinq ans, qui, depuis trois ans, éprouvait des douleurs dans la région lombaire gauche survenant par crises tous les un ou deux mois, sans irradiations vers les cuisses, le scrotum ou le pénis, mais accompagnées de vomissements de matières visqueuses. Le malade n'avait jamais eu la jaunisse et les urines étaient normales sauf quelques traces d'oxalate de chaux.

L'un de ces accès, dont il fut témoin, commença par l'exagération du sentiment de plénitude qu'il éprouve sous les côtes gauches depuis le début de son mal ; la douleur y succède et s'irradie vers l'abdomen, sans que le côté soit douloureux, puis les vomissements surviennent parfois très-copieux et teintés de sang. Température, respiration et pouls normaux.

Il apparaît, conjointement avec ces signes, une tumeur grosse comme un œuf d'autruche s'étendant du rebord costal gauche à l'ombilic, c'est-à-dire du milieu de l'abdomen à 4 centimètres du rebord gauche. On la sent facilement dans le flanc où elle pousse en avant le muscle grand droit et déforme le ventre. Les doigts peuvent pénétrer entre elle et les côtes, et perçoivent ainsi, dans cette tumeur très-mobile et fuyante, une résistance analogue à la fluctuation. Toute la surface en est mate avec sonorité manifeste entre elle et les côtes. Les mouvements respiratoires l'abaissent visiblement. Douloureuse lors de son apparition, elle devient indolente un ou deux jours après. L'estomac est dilaté, la rate à sa place habituelle ; selles normales.

Pendant l'accès, les urines sont réduites de moitié ou du tiers de la quantité normale des intervalles, et cette diminution est toujours proportionnelle à l'intensité de la douleur. Elles reviennent très abondantes et fréquentes dès que la tumeur diminue et contiennent beaucoup d'oxalate de chaux, sans pus, ni sang, ni desquamation tubulaire, mais elles en contiennent parfois au début de l'accès.

L'oxalate diminue graduellement comme la tumeur et paraît ensuite sous forme de graviers. (*British med. Journ.*, septembre 1874.)

On peut en rapprocher le cas d'anurie, persistante pendant onze jours, observé par Cunyngham sur un graveleux de cinquante et un ans, quoique attribuée à la lithiase. Une douleur vive se déclare subitement dans la région lombaire gauche avec rétention complète d'urine. Les douleurs s'aggravent pendant quatre jours lorsque, sous l'influence de bains et de diurétiques, un verre environ d'urine est rendu spontanément. L'écoulement s'arrête bientôt et les douleurs recommencent et s'accroissent; au huitième jour, langue sèche, vomissements, ascite, dyspnée. L'urine n'ayant pas reparu le onzième jour, le pronostic est des plus graves lorsque, le lendemain, une diurèse abondante avec quelques caillots sanguins met spontanément fin à cette scène morbide. (*Edinb. med. journ.*, 1874.)

L'auteur admet que le rein droit ne fonctionnait plus depuis quelque temps, sans dire comment il l'avait constaté, et que l'uretère gauche se trouvant obstrué, l'anurie en est résultée; mais ce sont là de pures suppositions, et l'absence d'accidents urémiques peut donner lieu à une interprétation toute différente malgré l'ascite.

HYOSCYAMINE. *Action mydriatique.* On sait que l'atropine est parfois mal supportée lorsque l'usage en est prolongé et qu'elle produit une telle irritation de la conjonctive et des paupières qu'il est nécessaire d'en suspendre l'emploi. En s'en rapprochant par l'origine de son extraction et de sa composition, l'hyoscyamine a été employée en instillations oculaires par Simonowitsch (d'Odessa) pour remplacer l'atropine. Après avoir établi, par des expériences, qu'elle agit après la section cervicale du grand sympathique et qu'elle n'a aucune action sur l'œil du pigeon, dont l'iris n'a que des fibres lisses, l'auteur conclut qu'elle a une action *paralysante directe sur ces fibres*. Quoi qu'il en soit, l'extrait amorphe d'hyoscyamine et l'hyoscyamine pure de Merck, employés en solution dans la proportion d'un 500ᵉ sur l'homme, ont montré une action mydriatique marquée quoique bien inférieure à celle de l'atropine. La dilatation de la pupille est moins considérable, sa durée

plus courte. Le muscle ciliaire n'est pas paralysé aussi complétement, ce qui la rend bien préférable à l'atropine lorsqu'il s'agit d'examiner le fond de l'œil pendant plusieurs jours consécutifs.

Le professeur Dor en a obtenu les plus beaux résultats dans les kératites interstitielles, après un traitement prolongé et sans action de l'atropine. Deux à trois jours après, la maladie en était modifiée et la guérison arrivait rapidement. L'iritis chronique en a aussi été modifiée heureusement. Si donc la pharmacie pouvait livrer toujours un produit homogène, ce serait là sans nul doute un succédané précieux de l'atropine. (*Arch. f. Augen und. Ohrenheilk.*, 1874.)

HYSTÉRIE. Elle peut être un signe avant-coureur de la sclérose des centres nerveux, d'après M. H. Mollière. Il a vu ainsi une paraplégie hystériforme des mieux accentuées qui, après deux mois de traitement infructueux à l'hôpital, fut suivie tout à coup d'accidents généraux formidables à la suite d'une contrariété. La mort, attribuée à une pneumonie hypostatique, survint le jour même. L'autopsie montra, au contraire, plusieurs plaques de sclérose sur la protubérance annulaire intéressant profondément le tissu nerveux sous-jacent.

Chez une autre fille hystérique et hémiplégique, avec troubles rétiniens et amyotrophie marquée de tout le côté parésié, les accidents augmentèrent au point de la rendre incurable. (*Lyon méd.*, nº 28.)

Éruption pemphigoïde. Il est des manifestations morbides qui peuvent résulter de maladies diverses, quoique de même nature, et dont l'origine est parfois très-difficile à distinguer. L'éruption d'un zona symptomatique, d'une névralgie ou d'un herpès phlycténoïde, peut se confondre avec l'éruption pemphigoïde, trophonévrotique d'une névrose généralisée, d'autant plus qu'elle peut aussi résulter, suivant M. Charcot, d'une lésion profonde de la moelle. L'analyse minutieuse des accidents peut donc seule en dévoiler la cause.

Une fille de seize ans, brune, forte et bien constituée, mais aménorrhéique, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse,

service de M. Laure, pour des douleurs vagues et spontanées dans le membre supérieur gauche, à la paupière supérieure et au sein du même côté, suivies, douze à vingt-quatre heures après, d'une éruption bulleuse.

Des symptômes hystériques existent simultanément. Prise de parésie de la langue avec déviation des traits avant la première apparition des règles à quatorze ans, elle a, depuis leur rétention, des crises de nerfs sans perte de connaissance avec convulsions cloniques consécutives se terminant par des larmes abondantes. Une aphonie passagère résulte de la moindre émotion. La boule hystérique, le clou céphalalgique, des vomissements sans cause, des plaques anesthésiques au sein droit et au genou gauche, avec hyperesthésie ailleurs, surtout au siége de l'éruption lorsqu'elle doit apparaître, la diminution de la motilité à gauche, complètent le tableau.

Avec la réapparition des règles, le 30 décembre 1874, deux jours après l'entrée, des vésicules apparaissent sur la paupière gauche et, par leur réunion, forment une mince nappe de sérosité citrine avec hyperesthésie considérable de toute la région temporo-frontale.

C'est ainsi que se succèdent, depuis deux ans environ, des plaques phlycténoïdes, des soulèvements épidermiques, comme dans la vésication, commençant par de petites vésicules et formant des bulles de la grosseur d'une noisette par leur réunion, disposées en groupe sous la configuration linéaire ou en traînée. Elles se remplissent d'une sérosité à peu près incolore qui se résorbe ; l'épiderme se dessèche, s'exfolie en lamelles furfuracées, laissant le derme rouge, non épaissi, légèrement sensible et recouvert d'un épithélium nouveau. La coloration de la peau, plus foncée, disparaît en quelques jours. L'évolution, de plus en plus courte, dure de trois à quatre jours.

La chronicité de cette éruption et l'instabilité, la légèreté des troubles de la motilité et de la sensibilité excluant une lésion de la moelle aussi bien que ceux d'une simple névralgie, on a vu là l'expression symptomatique de lésions trophiques engendrées par l'hystérie. Des accès manifestes se sont succédé chaque mois avant les règles, jusqu'au 13 avril que la malade est restée à l'hôpital, et toujours suivis de cette éruption. Ce serait donc là une manifestation nou-

velle à ajouter aux troubles nerveux de l'hystérie. (*Lyon méd.*, n° 31.)

Compression ovarienne et épigastrique. M. Charcot admet que, dans la plupart des crises, il existe une *aura* ayant son point de départ dans l'un des ovaires, quelquefois dans les deux. Cela posé, il suffirait, pour suspendre presque instantanément la crise, d'exercer une forte pression sur l'ovaire qui est le siége de l'*aura*. Dans sa dernière conférence faite à la Salpêtrière, il a montré l'efficacité de ce moyen chez une malade atteinte d'hystéro-épilepsie. A plusieurs reprises, il a suspendu à volonté la crise, en exerçant une pression sur l'ovaire gauche. Dès qu'il cessait de comprimer l'ovaire, la crise reprenait. Pour exercer une pression suffisamment prolongée et faire ainsi avorter la crise, M. Charcot emploie une sorte de tourniquet. La pression au moyen des doigts se fait exactement comme celle qui a pour but de comprimer l'artère iliaque. Les doigts sont enfoncés en arrière du pubis, et l'on sent battre l'artère sous eux.

Valérianate de caféine. Contre les vomissements incoercibles, M. Gubler préconise les dragées de valérianate de caféine, à la dose de 4 à 8 dragées par jour. Contenant 10 centigrammes de sel, elles lui ont procuré un succès complet et immédiat; dans un cas, il avait échoué avec les moyens ordinaires. Cependant, elles ont été sans effet sur les vomissements des tuberculeux; aussi l'auteur ne conseille-t-il le valérianate de caféine que contre les vomissements nerveux. C'est ainsi que M. Labadie-Lagrave l'a également employé avec succès contre la coqueluche. (*Union médicale.*)

Hystérie stigmatique. Les manifestations morbides étranges et diversifiées auxquelles cette névrose donne lieu, depuis le rire et les pleurs, les sanglots, les cris, l'extase contemplative, les visions et les mouvements désordonnés, l'hyperesthésie et l'insensibilité, les convulsions, la contracture et la paralysie, font que, de toutes les affections nerveuses, elle est la plus propre à simuler le surnaturel et à faire croire au miracle. Aussi les partisans du miracle se sont-ils

emparés de ces malades pour y faire croire et les ont-ils exploités le plus souvent en ajoutant encore à la singularité des symptômes qu'ils présentent, des imitations, des supercheries. Tel est le cas de Louise Lateau, l'extatique belge de Bois-d'Haine, sur laquelle on a tant écrit et tant dit, depuis quelques années, qu'il est nécessaire d'élucider un peu ce cas si compliqué.

Élevée dans la misère et l'ignorance, chétive et maladive, chlorotique de seize à dix-sept ans, réglée seulement à dix-huit, cette jeune fille s'adonna de bonne heure à la garde des malades, l'ensevelissement des morts et aux pratiques religieuses, communiant tous les quinze jours et montrant, dit un de ses historiens, *une dévotion particulière pour les douleurs du Golgotha.*

Peu de temps après sa menstruation, en mars 1868, elle fut prise de douleurs erratiques, *vomit du sang*, et tomba dans une telle faiblesse qu'elle reçut les derniers sacrements. Dès la nuit suivante, une première extase lui fait entrevoir la Vierge et plusieurs saintes. Puis, le vendredi suivant, du sang suinte du côté gauche de la poitrine ; le phénomène se répète le vendredi suivant et coïncide cette fois avec un écoulement de sang à la face dorsale et à la face palmaire des mains et des pieds. Tous les vendredis, cet écoulement se répète et, à partir du 25 septembre, il s'en fait un également au front, puis un à l'épaule droite, non avoué et découvert en septembre 1874. On n'a pas recherché s'il en existe ailleurs.

Ces pertes sanguines périodiques, hebdomadaires, nocturnes au début, sont devenues diurnes ensuite, durant sept à huit heures, pour diminuer graduellement de une heure à deux seulement, qui est leur durée actuelle. Mais sans la fixité, la régularité, qu'on a bien voulu leur assigner.

En ce temps de miracles, où l'on en fait si facilement des apparitions de la Salette et de Lourdes sur le récit de pauvres ignorants, la Belgique catholique n'a pas manqué de voir aussi une manifestation miraculeuse dans ces stigmates, cet écoulement de sang correspondant aux plaies de Jésus-Christ. Des médecins, le docteur Lefebvre en tête, se sont emparés de ce fait et n'ont pas manqué d'y voir, aux lieu et place de la maladie, un effet de la grâce divine, une preuve que Louise Lateau est élue de Dieu, que ses plaies sont

mystiques et que le sang qui en coule est une image mystérieuse de celui qui a rougi le Calvaire et la croix du Golgotha.

Le caractère miraculeux de ces faits rares, surprenants, est d'autant plus facile à admettre qu'on les a entourés d'actes mystiques et surnaturels. Ces exsudations sanguines, qui se répètent tous les vendredis, n'ont pas lieu simplement au vu et au su de tout le monde, quoiqu'elles se produisent le jour. Elles n'ont lieu que pendant une crise, un accès périodique de souffrance évidente, du jeudi matin au samedi suivant, et donnant lieu à des extases, des mouvements convulsifs. Pendant tout ce temps, la malade reste renfermée dans sa chambre, sans que nul puisse y pénétrer, sinon sa sœur qui la dirige, son confesseur et quelques initiés. Après la communion, l'extase consiste dans un état contemplatif avec insensibilité du corps à toute excitation. Elle reproduit, au contraire, les scènes de la Passion dans les grandes crises avec immobilité des traits, yeux fixes, insensibilité générale, puis génuflexion et prosternement, face contre terre et bras en croix. Au début, il y avait abstinence pendant tout ce temps du jeudi au samedi; plus tard, pour compléter le merveilleux, elle cesse de prendre aucune nourriture, prétendit en septembre 1874 n'avoir pas mangé depuis le 30 mars 1871 et être exempte de tout besoin naturel.

C'est devant ces prétendus faits constatés authentiquement par des médecins (*Archives de médecine*, juillet) et soutenus par eux comme miraculeux, niés absolument par d'autres, taxés de supercheries et de mensonge, et dont toute la presse s'occupait bruyamment, que le débat fut porté jusqu'au sein de l'Académie de médecine de Belgique. Une commission fut nommée pour vérifier la réalité des faits avancés, c'est-à-dire le suintement du sang, le mode des extases, l'abstinence et la nutrition. Mais non-seulement Louise Lateau se refusa à venir à Bruxelles, elle se refusa aussi absolument avec sa sœur Rosine à une observation immédiate dans sa maisonnette pendant les crises, c'est-à-dire du jeudi au samedi, et la commission eut le tort, le grand tort d'accéder à cette transaction. Son rôle et son devoir étaient d'observer directement la malade sur tous les faits allégués afin de pouvoir s'en convaincre par la

vue et le toucher et tous les moyens que la science mettait à son secours pour l'éclairer. Elle devait pouvoir répondre catégoriquement sur les moindres détails de tous les faits avancés, sauf à s'installer en permanence, pendant des jours et des semaines, près de la malade. Dès que celle-ci refusait, elle devait se récuser, toute atténuation étant indigne d'elle et de la science qu'elle représentait. Toute fausse pudeur doit s'effacer devant le médecin chargé de constater un fait et quiconque s'y refuse laisse présumer la fraude et la mauvaise foi. Il fallait donc laisser la malade et son entourage qui ne l'obligeait pas à cet examen sous le coup de ces présomptions et de ces soupçons.

La commission, au contraire, ne s'occupa que d'un fait : la réalité du saignement naturel aux endroits indiqués rappelant par leur siége les cinq plaies du Sauveur. Et encore ne put-elle vérifier celui du côté. Pour celui des mains, M. Lefebvre s'était contenté d'enfermer les mains dans des gants scellés. La commission plaça simplement la main droite, le jeudi 21 janvier avant la crise, dans un globe de cristal de 14 centimètres de diamètre à deux goulots, l'un permettant l'entrée de l'air à travers une toile métallique fine, l'autre fixé au bras par un manchon de caoutchouc, le tout assujetti avec des cachets à la cire. Levé le vendredi, douze heures après son application, le globe contenait dans sa partie la plus déclive, dit M. Warlomont, rapporteur, 100 grammes environ de sang liquide, diffluent, avec des caillots de sang noir coagulé, durs, adhérents à la face dorsale de la main. Une hémorrhagie en nappe peu abondante suivit leur enlèvement sur une surface de 1 centimètre et demi de long sur 5 millimètres de large, l'épiderme en avait disparu et le fond en était rouge et fongueux. La plaie correspondante de la paume de la main était un peu plus large et arrondie avec le derme dénudé et une surface fongueuse et bourgeonnante. On constata également une érosion saignante, allongée, irrégulière, à la région acromiale droite, avec une surface rouge, luisante en avant, mais ne saignant pas. On ne dit rien des autres plaies.

Voilà donc le saignement bien constaté. Il a lieu suivant les lois ordinaires, car M. Warlomont a vu les bords des crevasses palmaires écartés le dimanche et suintant facilement

à la pression, tandis qu'il n'en était pas de même le jeudi avant la crise. L'épiderme ne restait donc pas intact après comme avant, ainsi que l'avaient prétendu des partisans du miracle, et il ne se formait surtout pas d'ampoule qui crevait après quelques heures, ainsi que le docteur Lefebvre l'avait rapporté.

Ce suintement sanguin naturel n'a rien d'inouï chez une jeune fille hystérique, faible, anémique, mal réglée, peut-être sujette à l'hémophilie ou à une disposition hémorrhagipare. C'est une hémorrhagie supplémentaire, déplacée, comme on en observe parfois à l'estomac, au sein, au nez, aux doigts et ailleurs. Le docteur Parrot a bien observé des sueurs de sang comme il est dit que Jésus en répandit sur la montagne des Oliviers. Le docteur Chauffard père a relaté aussi une hématopédésis, chez une jeune fille ayant des extases religieuses, sans que l'on ait pensé à en faire des miracles. L'étrangeté, ici, c'est le siége du saignement, comme chez le divin crucifié du Golgotha, et leur périodicité hebdomadaire fixe. Tel est l'appui des partisans du miracle pour faire d'une pauvre malade une stigmatisée mystique, une élue de Dieu et une image mystérieuse du sang qui a rougi le Calvaire.

Mais, outre que ce saignement n'a été constaté qu'une seule fois et qu'il n'est pas parlé des cinq plaies consacrées, une autre a été constatée : c'est celle de l'épaule qui n'a rien à faire ici avec celles du crucifiement. Rien ne montre ensuite que ces saignements ne sont pas provoqués par des frottements, des grattements des doigts. On n'a pas même recherché s'il n'y en avait pas d'autres. La commission n'a pas plus recherché ce fait que la réalité de l'extase. Il lui a suffi de toucher la cornée, pendant l'insensibilité prétendue, pour faire reprendre aussitôt connaissance à la malade. Au lieu d'élucider ces faits d'une manière précise et de prendre la malade en flagrant délit de mensonge, en montrant qu'elle boit et mange et remplit toutes les fonctions animales comme celle de la respiration, la commission s'est bornée à nier ces allégations et à se livrer à toutes les théories et les suppositions pour expliquer physiologiquement ces pertes sanguines hebdomadaires. (*Gaz. hebdom.*, n°s 26 et 27.)

C'est en comprenant et en accomplissant si mal sa mis-

sion que la commission académique a laissé libre carrière aux partisans du miracle et du surnaturel. Il est vrai que la marche naturelle du mal se chargera probablement de les détromper et de les démentir. En mai 1875, Louise Lateau a été prise de symptômes aigus qui l'ont retenue au lit pendant plus d'un mois. De violentes palpitations cardiaques, des syncopes, des spasmes hystériques et des rêvasseries mirent ses jours en danger. Aussi les saignements avaient-ils cessé. La porte de la maisonnette fut aussi rigoureusement fermée par Rosine à tous les visiteurs, même au clergé. Louise était obligée de boire et de manger pour ne pas mettre sa vie en danger; sa maladie l'exigeait.

Depuis son rétablissement, elle vaque aux travaux du ménage et a repris ses exercices du vendredi, mais en mangeant dans l'intervalle; elle a reconnu que son abstinence lui avait été préjudiciable. (*Scalpel*, n° 8.)

Louise Lateau, sa vie, ses extases et ses stigmates; étude médicale par le docteur F. Lefebvre, membre de l'Académie de médecine de Belgique. Un volume in-12, 2e édition. Louvain.

Rapport médical sur la stigmatisée de Bois-d'Haine, fait à l'Académie royale de médecine de Belgique, par le docteur Warlomont. In-8° de près de 200 pages. Bruxelles et Paris.

Science et miracle; Louise Lateau, ou la stigmatisée belge, par le docteur Bourneville. Brochure de 70 pages in-8°. Paris. Réfutation du caractère merveilleux et miraculeux des extases et des poses convulsives de Louise par la relation d'exemples analogues observés à la Salpêtrière sur des hystériques présentant également les attitudes du crucifiement, de la descente de croix, de la résurrection et des hallucinations, le vendredi en particulier. Il conclut donc à l'existence d'une hystérie grave que la température normale observée justifie de tout point.

L'observation suivante, recueillie à la Salpêtrière sur une femme de quarante-six ans, de 1869 à 1875, en est une preuve péremptoire. Bien portante jusqu'à vingt-trois ans, Justine Etcheverry éprouve alors une émotion très-vive, une peur, et une première attaque d'hystéro-épilepsie a lieu l'année suivante; elle tombe dans le feu et se fait à la

figure de larges brûlures. Des crises analogues se répètent en 1859, 1860, 1863, 1865. Entrée à Sainte-Eugénie, elle eut le choléra en 1866. Depuis lors, suppression des urines pendant huit jours et, jusqu'au mois de mai dernier, la malade dut être sondée chaque jour. Entrée comme incurable à la Salpêtrière en 1869, elle présente les mêmes attaques suivies de contractures des membres qui diminuent et se reproduisent alternativement pour rester permanentes en certaines parties.

En 1870, M. Charcot pronostiqua publiquement que, malgré leur durée, ces contractures disparaîtraient soudainement sans laisser de traces. Du jour au lendemain, dit-il, tout peut rentrer dans l'ordre et, si la diathèse hystérique est alors épuisée, la malade reprendra la vie commune.

C'est le 17 mai dernier que ce pronostic s'est réalisé. A midi, cette malade a une attaque hystéro-épileptique précédée comme *aura* de douleurs ovariennes, anales, avec irradiations à l'épigastre, au cou et aux tempes. L'attaque s'accompagne de cris, de déviation des yeux, de grimaces de la face qui est violacée; le bras droit se fléchit et reste fixé au dos pendant trois heures. Le lendemain, il y a contracture des quatre membres avec anesthésie complète, amblyopie double, contracture de la mâchoire. La malade ne peut plus parler; il y a des accès névralgiques contre lesquels des injections de morphine sont pratiquées. Cet état persiste sans modification notable jusqu'au 22 mai que survient une attaque nouvelle; mais, à huit heures, la malade était complétement guérie. En quelques minutes, la rétention d'urine, persistant depuis neuf ans et la contracture du côté gauche datant de six ans, celle des mâchoires qui nécessitait l'alimentation avec la sonde depuis dix mois et une aphonie d'une égale durée, tout avait soudainement disparu et ne s'est pas reproduit depuis. (*Soc. de biol.*, juillet.)

Une observation bien plus surprenante et caractérisée par un sommeil persistant qui ne cède que par la volonté du médecin, est relatée dans la *Tribune médicale*, nos 352 et 354.

Enfin, M. Deneux, médecin à Saint-Amand (Nord), relate l'observation d'une hystérique à forme convulsive qui, après une guérison apparente, fut reprise, en janvier 1874, d'attaques hebdomadaires, le jeudi à midi. Sous le coup

d'une hyperesthésie de tous les sens et d'un malaise inexprimable, la malade est obligée de garder le lit dans le silence et l'immobilité les plus complets. Cet état persiste sans modification jusqu'au vendredi à trois heures de l'après-midi. Alors éclate une série d'accès convulsifs violents, conservant toute leur intensité, pendant une heure entière, jusqu'à quatre heures. A ce moment, la crise diminue peu à peu et cesse tout à fait vers sept heures. Depuis ce moment, jusqu'au jeudi suivant à midi, la malade jouit d'un calme complet. (*Idem*, n° 358.)

Il est permis de se demander si, en raison du voisinage, ce n'est pas là une imitation, une contagion. Mais l'intelligence est nette ; aucune idée mystique ne trouble le cerveau de cette malade et, pendant ses crises, elle ne prononce aucun mot, ne fait aucun geste dénotant une influence morale particulière. C'est une hystérique dans l'acception la plus rigoureuse et la moins contestable du mot.

Étude médico-psychologique sur un cas d'extase mystique, observé à Fontet (Gironde), par les docteurs E. Mauriac et Verdalle. Brochure in-8° de 62 pages. Librairie *Germer Baillière*. Observation d'une autre hystérique sujette aux hallucinations et qui, à la suite d'idées et de pratiques religieuses, en est arrivée à avoir des extases à volonté où des visions mystiques lui donnent le pouvoir de prophétiser. Les auteurs de cette étude ont très-bien interprété ces singuliers phénomènes, après les avoir observés, et ont reconnu qu'ils étaient le résultat de la volonté et en partie simulés. Il y a donc ici encore moins d'intérêt scientifique que dans les cas précédents. C'est tout simplement une névropathique ignorante et très impressionnable, sujette aux hallucinations. Après avoir vu le diable sous l'influence d'idées superstitieuses, elle vit sa fille qu'elle venait de perdre et, par suite des idées et des pratiques religieuses, ce fut la Vierge et le Christ. Les récits des autres extatiques n'y sont peut-être pas étrangers. L'hypnotisme joue un rôle très-manifeste dans le développement de ces extases.

Rien n'est plus facile, selon le docteur Wurth, pour figurer le miracle des stigmates, que de comprimer le corps au-dessus des hanches au moyen d'une corde. En donnant aux malades déjà affaiblis et anémiés une nourriture insuffisante,

on détermine une hypérémie artificielle du cerveau et de la peau. Les blessures faites avec une lancette ou une ventouse, saignent ainsi aisément plus ou moins abondamment selon l'intensité de la ligature.

C'est ainsi qu'en 1872, une jeune fille de New-Brisach, présentant des crampes nerveuses inexplicables que rien ne pouvait guérir, fut trouvée ceinte de cette corde de deux centimètres de diamètre sur la peau, que son confesseur lui avait indiquée pour mortifier ses sens. Des stigmates avaient été ainsi figurés aux mains et aux pieds.

Coma hystérique. Il est caractérisé par une attaque à invasion brusque, sommeil subit, face calme, non cyanosée; paupières fermées, yeux convulsés, pupilles dilatées, peu ou pas sensibles à la lumière; résolution complète des membres qui retombent lourdement quand on les a soulevés; rétention habituelle d'urine, sensibilité nulle, indifférence à la douleur, abolition des sens, pouls ordinairement au-dessous du chiffre physiologique; température normale.

La durée de l'attaque excède vingt-quatre heures et dure parfois jusqu'à trois jours. Le réveil est brusque et les malades se plaignent de courbature, de fatigue, se rappelant seulement avoir dormi. Une paralysie plus ou moins complète se manifeste alors; hémiplégie qui cesse, mais qui se représente dans des accès ultérieurs. Ceux-ci ont ordinairement lieu à l'époque des règles.

Tel est le tableau de certaines paralysies hystériques dont M. Boutges a fait le sujet de sa thèse inaugurale, soutenue à Paris, et appuyé d'un certain nombre d'observations démonstratives recueillies dans les hôpitaux de Paris.

I

ICTÈRE. Il résulte, selon les recherches microscopiques de M. Cornil, de l'oblitération des plus fins canaux biliaires par la prolifération cellulaire. L'ictère peut faire défaut si le nombre des canaux oblitérés est restreint. Autrement, il a constaté que l'état graisseux des cellules hépatiques coïncidait toujours avec l'ictère. La cellule est, dans ce cas,

une véritable gouttelette de graisse entourée d'un disque verdâtre. Des calculs microscopiques existent aussi dans ces petits canaux. (*Soc. de biol.*, juillet.)

Tache palatine. Signe révélateur de la résorption de la bile, qui apparaît bien avant la teinte ictérique de la conjonctive et de la peau, même dans ses endroits d'élection, et coïncidant avec la coloration de l'urine. Il consiste, d'après le docteur Z. Pupier, en une teinte jaune assez prononcée de la voûte palatine. Cette coloration pigmentaire reproduit assez bien la forme de deux doigts juxtaposés sur les côtés du raphé médian. Une teinte décroissante en marque la séparation et le contour antérieur figure très-nettement l'extrémité arrondie des phalangettes.

Tout en variant, suivant les individus, les dimensions de cette tache symétrique mesurent en général 2 centimètres et demi de long sur 3 de large. Sa coloration se perd en arrière dans le voile du palais.

L'adhérence intime de la muqueuse avec le périoste de la voûte palatine et l'extrême vascularité de cette région sont pour l'auteur la cause de ce phénomène qui a une grande valeur symptomatique dans le diagnostic des maladies du foie à leur début. La pigmentation de la voûte palatine dénote le trouble des fonctions du foie. La tache hépatique dans la dyspepsie suffit à indiquer les eaux de Vichy de la Grande-Grille. Elle se rencontre de même dans le carcinome, dans la cirrhose et autres maladies du foie et même certains troubles de l'estomac résultant du défaut de sécrétion de la bile ou de l'obstruction de ses canaux excréteurs. Il y a donc lieu d'en tenir compte dans l'examen des malades. (*Gaz. hebd.*, n° 20.) — Voy. Urines ictériques.

Du bruit de souffle mitral dans l'ictère. Thèse inaugurale par le docteur L. Gandolphe. Paris.

Ictère grave. *Étiologie.* La confusion existant entre les auteurs sur les causes de cette grave maladie a conduit M. le docteur Humbert Mollière à essayer d'apporter quelques éclaircissements sur ce point important de clinique, en s'appuyant sur cinq observations personnelles qu'il rapporte. Montrant par la première que l'atrophie jaune aiguë du

foie de Frerichs, ou l'ictère malin hémorrhagique de Monneret, a une symptomatologie toute différente, il la sépare de l'ictère grave et en fait une entité morbide spéciale. C'est un empoisonnement du sang par les acides biliaires répandus brusquement dans la circulation par suite de l'atrophie rapide du foie causant la suppression brusque de ses fonctions.

C'est bien la même cause, la cholémie, c'est-à-dire la rétention des acides biliaires dans le sang, qui produit l'ictère grave, mais par un autre mécanisme comme le prouvent les observations II, III et IV. L'obstruction ou le rétrécissement des canaux biliaires, la cirrhose, le cancer peuvent se rencontrer à l'autopsie. Si donc les symptômes ont une certaine analogie, comme la coloration ictérique, hoquets, vomissements, pouls lent et faible, selles rares, prostration, subdélirium, coma, ils se présentent ici sous forme d'accès avec intermittences ; une amélioration sensible, coïncidant avec la sécrétion de la bile et son passage, peut même s'ensuivre absolument comme dans les injections de bile dans le sang (voy. BILE, 1874), tandis qu'ils sont sans rémission et promptement mortels dans l'atrophie jaune aiguë. La différence des symptômes correspond ainsi avec les altérations nécroscopiques.

Ils sont tout différents dans l'acholie ou la suppression de la sécrétion de la bile, par calculs, cirrhose ou autrement. Des indigestions répétées, une anémie progressive, l'amaigrissement et la perturbation de toutes les grandes fonctions se joignent à l'ictère et amènent ainsi la mort lentement et dans le marasme.

D'où il conclut que les phénomènes de l'ictère grave sont dus à l'entrée plus ou moins brusque des principes acides de la bile dans le sang, c'est-à-dire la cholémie, et non point à l'acholie ou suppression des fonctions du foie. Ces deux processus, tout en s'observant avec une égale fréquence, se distinguent le premier par un caractère très-aigu et le second par une marche beaucoup plus lente. (*Lyon méd.*, n°s 5 et 6.)

C'est là une contradiction formelle avec la doctrine soutenue récemment par M. Jaccoud que l'acholie produit seule l'ictère grave. Admettant qu'il est toujours la conséquence d'une atrophie du foie, d'origines diverses et de pro-

cessus différents, il prétend que les effets pathologiques sont les mêmes, à quelques nuances près, sans être jamais l'expression d'une résorption biliaire ou cholémie. (*Leçons de clinique médicale*, Paris, 1873, p. 554.)

C'est nier le résultat des expériences toutes récentes sur l'injection de la bile et de profondes différences symptomatiques. Dans la cirrhose, par exemple, qui est bien une véritable atrophie avec suppression de l'hématose hépatique, on n'observe aucun des symptômes de l'ictère grave. Jamais les malades ne succombent dans les convulsions et les hémorrhagies, mais dans le refroidissement de l'anasarque.

On ne saurait méconnaître pourtant qu'au point de vue purement clinique, il n'y ait encore une grande obscurité dans ces symptômes qui se confondent tellement parfois, qu'il serait bien impossible à M. Mollière de leur assigner leur véritable cause, comme le prouvent d'ailleurs ses observations. C'est tout le contraire au point de vue expérimental. En provoquant la rétention et la résorption consécutive des sels biliaires, par la ligature du canal cholédoque sur les animaux, MM. Feltz et Ritter ont constaté la diffluence des globules sanguins, la transsudation et même la cristallisation de l'hémoglobine avec granulations graisseuses et cristaux de cholestérine dans le sérum; altérations en rapport avec la proportion de sels biliaires contenus dans le sang. C'est ainsi qu'ils produisent les accidents nerveux et hémorrhagiques des ictères graves quand ils s'y trouvent en grande quantité. Ils les ont produits artificiellement en injectant 10 à 11 pour 1000 de sels biliaires dans le sang. C'est donc bien la résorption de ces sels qui joue le principal rôle dans tous les cas d'ictère grave. Les modifications morphologiques et chimiques du sang sont les seules altérations à rechercher dans les ictères graves, comme dans la fièvre jaune la rétention des sels biliaires en quantité trop considérable, agissant comme destructeurs des hématies. (*Acad. des sc.*, mars.)

Telles sont les conclusions résultant des données expérimentales et cliniques obtenues jusqu'à ce jour sur ce sujet si important de l'ictère et de ses causes.

IMPERFORATION VAGINALE. *Dilatation.* Une fille

de dix-sept ans et demi, légèrement rachitique, éprouvait depuis un an des douleurs abdominales chaque mois qui, en augmentant, l'obligèrent à se soumettre à un examen. Le docteur A. Bidder constata une absence complète de l'orifice vaginal. De l'urèthre à la commissure postérieure existait une membrane molle, muqueuse même, avec une légère dépression au milieu. L'index dans le rectum percevait distinctement le cathéter dans la vessie sans autre intermédiaire que du tissu cellulaire lâche. Un corps élastique, ovoïde, mobile, de la grosseur d'un œuf d'oie, était perçu à la place de l'utérus, mais sans trace de col.

L'indication était d'ouvrir une communication entre l'utérus et l'extérieur, mais c'était aussi là une difficulté réelle. L'instrument tranchant n'était pas applicable et comme l'oblitération, quoique complète, pouvait résulter de l'adhérence des deux surfaces, M. Bidder appliqua la pointe de l'index dans l'étroite dépression existante et, en pressant en avant et en arrière par un mouvement de vrille, il parvint à séparer graduellement les parois vaginales. Par places, le doigt glissait aisément, comme si elles eussent été simplement adhérentes.

Une légère hémorrhagie s'ensuivit. La tumeur ovoïde fut rencontrée à la hauteur de trois pouces et demi, dans un espace de un à deux pouces de diamètre, et se projetant dans le vagin artificiel. Aucune trace de museau de tanche ne put être découverte. L'ongle de l'index étant fixe sur la partie la plus saillante, un trocart y fut plongé et donna issue à un liquide épais, filant, couleur café. L'ouverture fut agrandie avec le doigt.

Des injections d'eau chaude furent pratiquées dans le vagin et, sauf un léger mouvement fébrile, il n'y eut pas d'autres accidents qu'un écoulement de matière fétide. La menstruation eut lieu ensuite et un examen postérieur, en découvrant un utérus bicorne, permit au doigt de s'élever à 2 centimètres au delà du point où il était arrêté primitivement. La dilatation se fit avec la laminaire. Neuf mois après cette opération rare, la jeune fille était régulièrement réglée et dans un état satisfaisant. Le doigt pénétrait à une profondeur d'un pouce et demi.

Le principal intérêt de ce cas rare est la création artificielle du vagin par le décollement de ses parois. C'est donc

au moins un moyen à tenter quand l'imperforation paraît accidentelle plutôt que congénitale, comme elle a dû l'être dans ce cas. (*Berl. Klin. Wochenschr.*, novembre 1874.)

INJECTIONS. *Eau pure.* Une note sur les bons effets de l'emploi des *injections sous-cutanées d'eau pure* contre l'élément douleur dans une foule d'affections, lue par M. Lafitte au Congrès de l'Association française de Nantes, a ranimé l'attention des médecins sur ce moyen simple et innocent, mais pas nouveau. Nous en avons signalé les principales applications en 1873. Depuis plusieurs années, il est tombé dans le domaine public et opposé généralement avec avantage contre l'élément douleur; il remplace ainsi les injections morphinées, dans beaucoup de cas, sans en avoir la nocuité.

En relatant deux exemples merveilleux de l'emploi de ce moyen contre des douleurs articulaires et le lumbago, sans en préciser les indications ni l'emploi, pas plus que l'histoire, M. Lafitte a provoqué plusieurs réclamations. Le docteur Pasquet cite ainsi sa thèse soutenue à Paris le 6 mai 1870 sur ce sujet. Le docteur Pillet signale les nombreux insuccès qu'il a rencontrés dans sa pratique ainsi que dans les hôpitaux de Paris. Et M. Lelut, au contraire, rend compte comment il a fait de nouveau cette découverte par hasard en raison des avantages que l'eau simple eut sur la solution de morphine contre une sciatique. (*Union méd.*, n°s 113, 114, 116 et 118.)

Si rien de précis ne résulte de ces diverses communications, on doit y voir au moins l'enseignement d'employer l'eau pure seule avant de recourir aux diverses solutions calmantes de morphine, de chloral ou autres moyens; seulement, il faut l'employer au besoin à haute dose, c'est jusqu'à six seringues entières, de deux en deux minutes, jusqu'à ce que la douleur cesse. C'est donc 10 à 12 grammes d'eau à injecter sur le point douloureux, sauf à recommencer le lendemain si l'on n'a obtenu qu'une amélioration.

Le point douloureux étant bien fixé, on saisit la peau entre le pouce et l'index, on la soulève légèrement et l'on pousse ainsi, dans l'espace fait entre la peau et le tissu cellulaire, tout le contenu de la seringue. Si la peau est épaisse

et adhérente comme chez les sujets gras, on peut même enfoncer la canule de la seringue sans cette précaution. (*Idem*, n° 119.)

Eau distillée d'ulmaire comme véhicule inaltérable. L'altération des alcaloïdes dans l'eau distillée la plus pure, l'atropine et la morphine notamment, a fait successivement recourir à d'autres véhicules inaltérables, comme l'alcool, la glycérine, etc. Mais ces liquides introduits sous la peau ne sont pas précisément sans nocuité ; ils déterminent des abcès locaux. Additionnées de chloral, ces injections sont très-douloureuses, comme MM. Vidal et Bucquoy l'ont déclaré à la Société médicale des hôpitaux (22 octobre). C'est pourquoi M. Patrouillard propose de leur substituer l'eau distillée d'ulmaire ou reine des prés qui se conserve indéfiniment sans altération, contrairement à toutes les autres en raison de l'aldéhyde salicylique qu'elle contient. Aucune trace de moisissure ne s'y manifeste. En l'employant depuis un an aux solutions d'alcaloïdes destinées aux injections hypodermiques, il n'en a reçu aucun reproche comme ayant perdu de leur efficacité. (*Bull. de la Société de pharm. de Bordeaux*, juillet.)

Injections morphinées. *Atrésie pupillaire.* Les graves accidents survenus subitement dans quelques cas d'injections sous-cutanées de morphine rendent ce signe extrêmement précieux. Selon M. le docteur Vibert (du Puy), l'immobilisation progressive et centripète de l'iris permet de juger, de lire sur la pupille le degré d'influence de la morphine et de mesurer l'impressionnabilité des sujets à son action. On peut ainsi atteindre graduellement et en toute sécurité la dose efficace, très-variable selon les sujets. Et comme cette opération peut se continuer et se renouveler sans crainte, jusqu'à ce que l'atrésie pupillaire se produise, l'emploi de la morphine serait rendu ainsi aussi sûr et précis que possible. (*Journ. de thérap.*)

Injections profondes de chloroforme. — Voy. NÉVRALGIES.

Danger des injections pleurales. — Voy. THORACENTÈSE.

Traité des injections sous-cutanées à effet local; méthode de traitement applicable aux névralgies, aux points douloureux, au goître, aux tumeurs, etc., par le docteur A. Luton; un vol. in-8° de 380 pages. Ouvrage contenant l'ensemble des travaux du médecin rémois sur ce sujet. De nombreuses observations s'y trouvent disséminées. Le *Dictionnaire* en ayant présenté l'analyse, au fur et à mesure de leur publication dans les journaux, n'a pas à s'en occuper ici. Mais il est bon de rappeler l'efficacité de cette méthode par les étonnants succès qu'elle a donnés contre le goître. En voici la statistique :

		Guéris.	Améliorés.	Insuccès.
Goître diffus.	16	16	0	0
— lobé.	37	22	14	1
— dégénéré.	12	4	7	1
— vasculaire.	4	2	1	1
Totaux.	69	44	22	3

C'est surtout à la teinture d'iode, aux solutions iodo-iodurées, la solution d'iodure de potassium, l'acide iodique, l'huile iodée, que sont dus ces résultats. Il n'a eu qu'un exemple d'inflammation suppurative de la tumeur attribuée à l'emploi d'une solution concentrée d'iodure de potassium agissant comme caustique.

INOCULATION. *Expériences sur l'inoculabilité de quelques lésions de la peau*, par M. le docteur Douaud, secrétaire général de la Société de médecine de Bordeaux. Relation d'expériences d'inoculation de l'herpès, l'eczéma, l'ecthyma, le zona, l'impétigo, faites sur lui-même, il y a plusieurs années, et rappelées à l'occasion des succès de l'inoculation des pustules d'ecthyma obtenus par M. Vidal (voy. *année* 1873). Il en résulte que l'herpès simple serait inoculable et même virulent comme l'impétigo, tandis que le zona, pas plus que le pemphigus ni l'eczéma, ne le serait pas. Des expériences répétées et comparées sont donc encore nécessaires pour expliquer ces contradictions.

INSUFFISANCE DES VALVULES DE LA VEINE CRURALE. Le diagnostic de cette lésion est encore une découverte allemande; elle est due au professeur Fried-

reich. Pour la reconnaître, il suffit de tourner la cuisse du malade en dehors et de poser légèrement le doigt sur l'extrémité supérieure de la veine fémorale, un peu au-dessous du ligament de Poupart. Un frémissement très-marqué, se traduisant au stéthoscope par un bruit de bourdonnement, est le signe de cette insuffisance. Il se manifeste surtout pendant les brèves secousses de toux et à toutes les contractions brusques des muscles abdominaux.

Considérée comme fréquente, cette lésion résulterait des efforts répétés de la masse musculaire de l'abdomen. Son importance pratique est de favoriser les varices et l'œdème des membres inférieurs comme de faciliter les hémorrhagies veineuses profuses dans les opérations des membres ainsi atteints. Elle est donc assez grave. (*Berlin Klin. Wochens.*, 1874.)

Le défaut d'observations et de détails donne à penser que c'est là plutôt une vue de l'esprit qu'un résultat clinique. Il convient donc d'étudier le fait et de le vérifier d'après les données précédentes.

IRIDECTOMIE. *Pupille en trou de serrure.* Pour obtenir cet idéal au passage facile du cristallin et à une impression favorable de la rétine, il importe, suivant le docteur Grand, de ne pas tirer fortement l'iris hors de la plaie et d'en exciser autant qu'il est possible. En en retranchant une trop grande partie, on a une pupille ovalaire ou parabolique qui détruit la forme naturelle et entraîne la déformation de l'œil; la contractilité pupillaire est diminuée, inégale, et la quantité de lumière mal limitée pour la perception nette des objets. Sans respecter à l'excès le sphincter irien, il importe que la section n'intéresse que le quart environ de son bord interne et que les bords, presque verticaux, s'écartent légèrement, de manière que l'ouverture soit moins large au centre qu'à la périphérie.

Il se sert à cet effet des pointes-ciseaux de Wecker dont les lames à pointes mousses et coudées presque à angle droit sur les branches permettent d'agir avec facilité sur le globe oculaire et même entre les lèvres de la cornée, sans danger d'en léser les lambeaux. La traction de l'iris est ainsi notablement diminuée. La périphérie de l'excision ne doit pas dépasser 5 millimètres. Cette brèche est suffisante,

et la contractilité de l'iris est mieux conservée. Trois coups de ciseaux sont toujours nécessaires, le premier et le dernier devant limiter latéralement le segment de l'iris à enlever et celui du milieu à l'exciser aussi près que possible de ses insertions périphériques. (*Lyon méd.*, n° 13.)

J

JABORANDI. Les effets intenses et si nouveaux de ce médicament exotique sur la sécrétion glandulaire ont excité partout une vive attention. Des recherches de tout genre en sont résultées. Il a été expérimenté sur les animaux et tenté sur l'homme à l'état physiologique et pathologique dès qu'il semblait avoir une indication à remplir. Son action s'est ainsi étendue et a été mieux précisée, son principe actif a été isolé et il ne reste plus guère qu'à en bien fixer les indications thérapeutiques.

D'après M. Parodi, ce végétal est le même qui, sous le nom à peu près semblable de *Yaguarundi,* est en usage dans la médecine domestique des habitants du Paraguay et auquel le célèbre jésuite Asperger attribue précisément les propriétés sialalogues et diaphorétiques constatées avec le jaborandi. Ce serait donc, d'après sa description, une espèce de la famille des Pipéracées du genre *Arthante*, correspondant au *Piper jaborandi* de Velhoso. Il en a extrait un alcaloïde qu'il appelle jaborandine et dont la formule est $C^{20}H^{12}Az^{2}O^{d}$. (*Revista farmaceutica*, janvier.)

Principes actifs. L'odeur aromatique que développent les feuilles de jaborandi avait fait admettre *à priori* à M. le professeur Gubler, qui s'est particulièrement occupé de cette substance, que son principe actif résidait dans l'huile essentielle qu'elle contient. « *Probablement*, dit-il, son huile essentielle est rapidement absorbée et portée par le sang dans tout l'organisme ». Or, il résulte des expériences de M. le docteur Laborde, sur des chiens, qu'en injectant comparativement dans l'estomac, avec la sonde œsophagienne, l'eau distillée, la solution aqueuse et la solution alcoolique, faites avec parties égales des feuilles, il ne se produit de sa-

livation qu'avec la solution aqueuse. Ce fait a été confirmé en donnant la solution aqueuse au chien qui n'avait rien éprouvé la veille avec l'eau distillée et réciproquement. De même en injectant comparativement l'eau distillée et la solution aqueuse dans la veine fémorale. Toujours l'absorption de la solution aqueuse a été suivie, en dix minutes, d'une abondante sialorrhée qui a duré de douze à quinze heures, tandis que l'eau distillée et la solution alcoolique n'ont produit aucun effet sensible, pas plus que le résidu séché des feuilles ayant servi et données en pâtée.

Il s'ensuit donc clairement que le principe aromatique, l'huile essentielle du jaborandi, n'est pas le seul principe actif de cette plante ; M. le docteur Coudereau l'a démontré directement en administrant à un chien, par l'estomac, la quantité d'huile essentielle de jaborandi résultant de la distillation de 600 grammes de feuilles. Un peu d'agitation, sans salivation ni urine, en résulta. Une heure après, l'animal était dans son état normal. Il faut donc chercher ailleurs le principe actif de cette plante. (*Tribune méd.*, 14 février.)

Ce principe actif paraît être un alcaloïde, comme M. Laborde en a le premier émis l'idée. Il était très-facile de s'assurer qu'il en contient un, car les réactifs généraux des alcaloïdes, tels que l'iodhydrargyrate de potasse (Walser), la solution d'iodure de potassium (Bouchardat), l'ammoniaque, précipitent les infusions de feuilles et d'écorce de la manière la plus caractéristique. Un précipité blanc se forme aussitôt.

MM. Byasson et E. Hardy ont découvert simultanément la présence de cet alcaloïde dans les feuilles et en plus grande quantité dans l'écorce (*Journ. de thérap.*, 10 mars). En le combinant avec l'acide chlorhydrique, ce dernier en a même obtenu un sel cristallisable. La solution de cet alcaloïde, administrée à des animaux par MM. Bochefontaine et Galippe, a produit tous les effets physiologiques habituels de cette plante, notamment une abondante sialorrhée (*Soc. de biol.*, avril). Il est donc probable que cet alcaloïde sera préféré aux autres préparations dès qu'il pourra être facilement obtenu.

Action physiologique. Elle est élective sur le système glan-

dulaire dont elle provoque l'hypersécrétion. Ce n'est pas seulement les glandes sudorales et salivaires qui en sont impressionnées, comme on l'a remarqué tout d'abord. M. Gubler a constaté également chez ses malades l'hypersécrétion de la muqueuse nasale, des glandes lacrymales, des glandes muqueuses de l'arrière-gorge, de la trachée et des bronches, suivie de sécheresse avec fatigue et abattement. Tous les observateurs ont confirmé cliniquement ces effets, et les expérimentateurs les ont constatés de même sur les animaux. M. A. Robin, en isolant le duodénum entre deux ligatures, sur des lapins, après l'avoir vidé, l'a vu ensuite se remplir rapidement d'un liquide légèrement opalin, de réaction alcaline, sous l'influence du jaborandi. L'exagération de la sécrétion des diverses glandes annexes de l'appareil digestif et des reins a aussi été constatée par M. Vulpian, en plaçant sur un chien des canules dans le conduit de Wharton, dans le canal de Sténon, le canal cholédoque, le canal pancréatique et dans un des uretères. Après avoir mesuré la quantité de liquide écoulé pendant trois minutes par chacun de ces conduits, il a injecté le jaborandi dans la veine crurale et aussitôt les sécrétions sont augmentées, comme le constate la quantité triplée et même quintuplée de liquide obtenu comparativement dans le même temps.

S'il n'est pas étonnant qu'une soif plus ou moins vive se manifeste sous l'influence de la sueur et de la sécrétion abondante qui ont lieu, les vomissements, les coliques, la diarrhée même, observés dans certains cas sur l'homme, ne s'expliquent pas également. Sur le chien, chez lequel ces accidents sont plus intenses, M. A. Robin les a attribués à ce que ces animaux ne suent pas. Ne s'exerçant pas sur la peau, les effets étaient d'autant plus intenses sur la muqueuse des organes digestifs. Ils ne se produiraient chez l'homme que par excès de doses ou l'administration dans de mauvaises conditions. Mais la preuve que les vomissements et la diarrhée sont bien dus à l'action physiologique du jaborandi, comme la diaphorèse et la sialorrhée, c'est que l'injection intra-veineuse, à dose suffisante, amène constamment le vomissement et la diarrhée chez le chien, même à jeun, et une défécation séro-muqueuse abondante et même sanguinolente, comme MM. Galippe et Bochefontaine l'ont constaté. Il y a donc hypersécrétion des glandes

de l'estomac et des intestins comme de celles de la salive et de la peau. La congestion intense des muqueuses de l'estomac et de l'intestin, constatée par divers observateurs, en est la confirmation.

L'effet du jaborandi est aussi sensible sur la muqueuse des voies urinaires. Sur 90 observations, M. A. Robin a constaté 9 fois des irritations d'intensité variable avec cuisson, douleurs, écoulement uréthral et cystite même, sans que la sécrétion urinaire soit augmentée. A doses fractionnées pourtant, un effet diurétique s'est produit dans 4 cas. Chez un typhisé n'ayant pas uriné depuis vingt-quatre heures et n'ayant rendu que 100 grammes d'urine les deux jours précédents, il suffit d'un gramme d'extrait aqueux de jaborandi, donné dans un julep, pour que 600 grammes d'urine fussent rendus dans les vingt-quatre heures. Le même effet eut lieu dans 1 cas de pneumonie aiguë et 2 de maladie de Bright. Ces faits s'accordent donc avec les résultats expérimentaux obtenus sur le chien par M. Vulpian.

L'action locale du jaborandi sur les glandes a surtout été bien démontrée expérimentalement par M. Carville. La section du nerf lingual et de ses filets allant à la glande sous-maxillaire, sur un chien, n'a pas empêché son action sur cette glande de se manifester; il a suffi d'une injection sous-cutanée de 5 centigrammes de sulfate d'atropine pour arrêter immédiatement cette sécrétion. L'action antagoniste de l'atropine s'est également montrée sur la sueur et a mis de même en évidence l'action du jaborandi sur le cœur et la pupille (voy. Antagonisme). Ce serait en paralysant les extrémités périphériques des fibres nerveuses que le jaborandi activerait la sécrétion et en les excitant que l'atropine la ferait cesser.

Le café est aussi antagoniste du jaborandi, suivant M. Rabuteau. Employé souvent concurremment pour empêcher le vomissement, il a paru diminuer la sueur ainsi que l'excrétion de l'urée. En effet, au lieu d'être un antidéperditeur de l'urée, comme on l'avait cru d'abord, l'usage du jaborandi rend celle-ci plus abondante dans les sécrétions. De 480 milligrammes par litre de sueur comme à l'état normal, elle s'est élevée à 2^{gr},69 sous l'influence du jaborandi et à 717 milligrammes dans un litre de salive, au lieu de 450, d'après les analyses de M. A. Robin sur l'homme. De là de

grandes espérances pour débarrasser rapidement l'économie de l'excès d'urée dans les cas d'urémie comme dans la maladie de Bright lorsque les convulsions se manifestent. Mais les recherches de M. Bougarel, en infirmant ces résultats, ont remis la question *sub judice*.

Le jaborandi aurait même une action sur la glande mammaire d'après l'observation suivante : Une nourrice, atteinte d'érysipèle de la face et dont le lait s'était tari en partie le lendemain, a présenté un rétablissement temporaire de cette sécrétion pendant la durée de l'action du jaborandi. Le lendemain, elle avait encore du lait, mais en minime quantité ; le surlendemain, le lait s'était de nouveau tari.

Une expérience analogue, faite sur une nourrice dont le lait avait considérablement diminué, n'a donné aucun résultat. MM. Sidney-Ringer et Gould, au contraire, en ont obtenu une exagération temporaire très-marquée. Il y a donc lieu à de nouvelles recherches à cet égard.

A voir la rougeur, la congestion de la face et parfois de toute la peau, quelques minutes après l'administration du jaborandi, son action sur la circulation est toute simple : il l'accélère notablement. M. A. Robin a constaté une augmentation de 15 pulsations au début, puis de 12 ensuite. Elles diminuent bientôt et reviennent à l'état normal. La diminution de la tension artérielle et l'augmentation de la température en seraient aussi le résultat. Le thermomètre s'est élevé de 38°,5 à 40°,1 sur un chien. Mais toutes ces observations cliniques n'ont pas été confirmées. MM. Sidney et Gould ont vu le plus souvent la température s'abaisser. 4, 5 et 6 grammes de feuilles en infusion dans 30 grammes d'eau, injectés dans la veine crurale d'un chien chloralisé, ont abaissé le pouls à 30 ou 40 pulsations et la tension artérielle est restée la même.

Appliqué sur le cœur des grenouilles, l'extrait de jaborandi arrête les mouvements du cœur comme la muscarine. L'alcaloïde, introduit sous la peau, en ralentit aussi les battements à 7 ou 8 par minute. Mais une goutte de sulfate d'atropine suffit pour les rendre fréquents, même plus rapides et réguliers qu'auparavant. Ils finissent même par s'accélérer en s'affaiblissant sans l'atropine. Le pouls est alors petit, filiforme, misérable.

Mais il faut se demander si un chien chloralisé ou cura-

risé, une grenouille mutilée, sont à l'état physiologique et si les effets obtenus sur eux peuvent être considérés comme tels. La transformation du chloral en acide formique dans l'économie modifie ainsi puissamment les qualités de la salive du chien sécrétée sous l'influence du jaborandi. Elle réduit l'amidon en sucre ainsi que les liqueurs de Barreswil et de Fehling comme l'acide formique, tandis qu'il n'en est pas de même à l'état normal. Ce n'est donc pas le jaborandi qui modifie la composition de la salive, mais le chloral. Cette preuve doit mettre en garde sur la valeur des effets obtenus dans ces états compliqués ou de mutilation pendant lesquels on expérimente sur les animaux.

Administrée au chien à l'état normal par M. Mathieu, vétérinaire, à la dose de 2 et 3 grammes de feuilles, l'infusion de jaborandi n'a pas provoqué de sudation, ce qui tient sans doute à l'absence de glandes sudoripares. L'élévation générale de la température était pourtant plus marquée à la peau. Mais, après une courte somnolence, une sialorrhée de moyenne intensité et une diurèse copieuse se sont montrées et même une abondante sécrétion des larmes rougissant légèrement le papier de tournesol. (*Soc. centrale de médecine vétér.*, 13 mai.)

La contraction marquée de la pupille, lorsque les effets sudorifiques et sialalogues sont sur le point de cesser, a aussi été observée cliniquement. L'extrait de jaborandi dans la glycérine appliqué sur l'œil par MM. Sidney-Ringer et Gould a produit le myosis 19 fois sur 31 applications. Le diamètre de la pupille se réduit de moitié ou d'un tiers. La puissance d'accommodation en a été affaiblie chez M. Martindale. Une tension plus grande des muscles produirait cet effet selon M. Tweedy. L'instillation de quelques gouttes de sulfate d'atropine suffit pour le faire cesser immédiatement.

En résumé, l'observation clinique et expérimentale s'accordent pour mettre en évidence que le jaborandi provoque et active la sécrétion de la plupart des glandes. Les glandes salivaires sont souvent prises les premières, les glandes lacrymales le sont ensuite, puis celles de la peau et des muqueuses, le foie, le pancréas, les glandes mammaires et les reins. Son emploi comparatif sur les enfants a montré aux médecins anglais que son influence est

beaucoup moindre chez eux que chez l'adulte. Sur 17 enfants de trois à dix ans, auxquels de 30 à 60 grains ont été administrés, 2 seulement en éprouvèrent une sueur abondante, 8 une très-légère et les autres rien. La salivation fut absente ou très-légère; au contraire, 8 enfants vomirent. (*Lancet*, 30 janvier.)

Mais il pourra être d'un grand secours pour le physiologiste en lui permettant de recueillir expérimentalement à l'état de pureté et en grande quantité la salive de ces diverses sources, le suc pancréatique, la bile et juger ainsi de l'élimination des substances toxiques et médicamenteuses qui se fait par ces glandes.

Des expériences faites sur les animaux ont montré que des doses énormes sont nécessaires pour amener la mort. Il est donc peu toxique à l'état d'infusion et d'extrait. Son alcaloïde seul pourra l'être davantage. (*Progrès méd.*, nos 3, 4, 5, 9, 12, 14, 20 à 25.)

Action thérapeutique. Employé par le docteur Ambrosoli (de Milan) chez 20 convalescents, le *jaborandi* détermina une diaphorèse abondante sans salivation chez 12 seulement ; les 8 autres n'en éprouvèrent aucun effet sensible. L'auteur seul eut une légère salivation. (*Comptes rendus de l'Institut lombard*, 17 février.)

Les principales indications sont ainsi les œdèmes et les anasarques, même dans les maladies du cœur quand il n'y a pas asystolie. Contre une anasarque compliquée d'œdème du poumon et de la glotte avec albuminurie chez un cordonnier de quarante-cinq ans, reçu le 26 mars 1875 à la clinique médicale de l'École d'Alger, le professeur Gros, voyant la suffocation imminente, joignit à la médication reconstituante et aux révulsifs une infusion de 4 grammes de jaborandi dans 250 grammes d'eau tous les matins. Une transpiration des plus abondantes avec une salivation d'un demi-litre s'ensuivit. Les accidents persistaient néanmoins ; 60 grammes de vin scillitique furent ajoutés au traitement. 20 jours après, toute l'infiltration avait disparu, la respiration était normale et les urines ne renfermaient plus d'albumine. (*Alger méd.*)

Des épanchements séreux ont ainsi disparu. Contre une pleurésie, restée réfractaire au traitement classique pendant

trois semaines, M. Créquy a obtenu, en douze jours, la disparition de l'épanchement avec une infusion de 5 grammes de feuilles répétée quatre fois à quarante-huit heures d'intervalle. (*Soc. de thérap.*, février.)

Les tentatives faites par le professeur Rovida chez six malades de la clinique médicale à Turin, cinq hommes et une femme, atteints d'épanchement pleurétique, de pneumonie et de péricardite, ont donné des résultats concordants. Quelques minutes après l'administration de l'infusion des feuilles, des sueurs profuses se manifestèrent ainsi qu'une abondante salivation, mais la dose de 4 grammes dut être élevée à 6 pour en obtenir des effets marqués. Dans un cas de néphrite, la diaphorèse très-légère fut compensée par une sialorrhée abondante ; il en résulta même le vomissement et la diarrhée. Les effets sur le pouls et la pupille, signalés par Robin et Riegel, furent nuls. (*Gazz. delle cliniche*, n° 13.)

Il est dès lors présumable que les expériences d'Ambrosoli n'ont pas été faites avec un produit authentique ou dans les conditions prescrites. Contre un accès d'asthme avec bronchite et enphysème, il suffit à M. Gubler d'administrer une tasse d'infusion froide pour provoquer la sueur et l'expectoration, et enlever la dyspnée comme avec la main. On l'emploie aussi avec succès dans le rhumatisme subaigu et comme révulsif sur les glandes salivaires, à la place du calomel, dans la polyurie, les ophthalmies graves, etc., etc. (*Soc. de thérap.*, février.)

Son action révulsive sur les glandes salivaires s'est montrée d'une façon indiscutable sur un militaire de la garnison de Lunéville, observé par M. Czernicki, médecin-major. Une orchite métastatique en résulte le troisième jour. Le testicule augmente de volume, est chaud au toucher, très-douloureux à la pression. Les émollients n'apportent pas d'amélioration. Les tumeurs parotidiennes sont manifestement désenflées.

Le troisième jour, et alors que l'orchite est bien établie, une infusion de 4/200 de jaborandi est prise en une seule fois, à trois heures du soir. La sueur arrive un quart d'heure après, puis la salivation, qui continue toute la soirée. Le lendemain matin, à la visite, le malade est mieux et accuse spontanément une amélioration du testicule que l'on peut

toucher et presser sans douleur et diminué de moitié, c'est-à-dire revenu à son volume normal. C'est donc là un exemple frappant de l'action révulsive sialalogue du jaborandi.

La confirmation de ce fait remarquable a été faite par M. Emery-Desbrousses, sur un autre militaire atteint d'une orchite gauche après la disparition d'oreillons, sévissant épidémiquement à Versailles au 4e cuirassiers. Une infusion de 2/300 de jaborandi est administrée le 14 avril et, dès le soir, il n'y a plus de douleur; le lendemain, le testicule, doublé de volume la veille, est revenu à son état normal, après une sudation modérée et une salivation abondante.

D'où l'auteur infère qu'il serait prudent d'administrer le jaborandi, toutes les fois que les oreillons tendent à disparaître, avant même que la métastase se soit fixée sur les testicules, sur les mamelles ou les grandes lèvres chez la femme et parfois sur le cerveau chez les enfants. On éviterait ainsi des accidents parfois très-graves en rappelant la fluxion sur les parotides. (*Gaz. hebd.*, nos 14 et 18.)

Expérimenté en décoction de 2 grammes de bois et feuilles dans 250 grammes d'eau dans le service de M. Chapet, par son interne, il a constamment amené un rétrécissement de la pupille avec augmentation des pulsations et diminution de la température pendant toute la durée de son action. Donné à dose réfractée, il a été très-manifestement diurétique pourvu que les reins fussent à l'état normal. (*Lyon méd.*, n° 19.)

M. Dujardin-Beaumetz administre le jaborandi par la voie rectale. Une infusion de 6 grammes de feuilles de jaborandi dans 100 grammes d'eau, administrée en lavement, produit les effets ordinaires du médicament, c'est-à-dire une salivation et une diaphorèse abondantes. Ce mode d'emploi, chez un malade atteint d'œdème généralisé avec albuminurie, qui vomissait constamment et ne rendait que 50 grammes d'urine par jour, a procuré une amélioration notable.

Dans deux cas de polyurie ou diabète insipide, rebelles à tout traitement, le docteur Laycock donna une infusion de 4 grammes de feuilles et de tiges de jaborandi qu'il fit prendre par cuillerées en en augmentant graduellement la dose. La quantité d'urine diminua rapidement de 300 onces

à 120 seulement dans un cas et, dans l'autre, de 158 à 98. La transpiration fut augmentée, mais une douleur des gencives et quelque difficulté à ouvrir la bouche semblèrent en résulter, et en firent cesser l'usage. (*Lancet*, 14 août.)

JURISPRUDENCE. *Certificats médicaux.* Un grand scandale public a été provoqué par les pensions civiles accordées, avant l'âge et le temps, à d'anciens fonctionnaires de l'Empire, ministres, préfets, sous-préfets, conseillers d'État, consuls, par le ministère de Broglie, Fourtou-Magne, pour cause d'infirmités contractées dans leurs fonctions au service de l'État. C'était au temps où les chefs de la coalition antirépublicaine du 24 mai n'avaient rien à refuser aux bonapartistes pour la sûreté et la sécurité de l'ordre moral, ce dont les intéressés n'ont pas manqué de profiter aussitôt. Une discussion en est résultée à l'Assemblée nationale dans laquelle M. le docteur Testelin, député, a mis en question la valeur et la sincérité des certificats médicaux constatant ces infirmités, surtout en raison de la manière dont ils sont délivrés. Deux sont exigés : l'un du médecin traitant et l'autre d'un médecin assermenté. Or, voici ce qui se passe. On va trouver un médecin de sa connaissance ou de sa famille, parfois un ami, en lui disant : Pour obtenir ma retraite, j'ai besoin d'un certificat de médecin déclarant que ma maladie, mon infirmité dépend des fonctions que j'ai remplies. C'est une simple formalité. Et comme souvent, ces infirmités sont latentes, cachées, supposées même, comme douleurs rhumatismales, névralgies des centres nerveux surtout, dont il est bien difficile de s'assurer, le médecin signe souvent sans être convaincu, par complaisance, comme pour une simple formalité. Et ce certificat, émanant souvent d'un nom très-respectable et respecté à juste titre, est présenté au médecin assermenté qui signe aussi de confiance pour certifier des souffrances dont il lui est souvent impossible de s'assurer. Et c'est ainsi que le Trésor peut être volé.

Ce n'est pas là de la corruption, c'est de la complaisance d'autant plus pardonnable au médecin traitant, qu'il ne connaît pas la loi et qu'il peut croire à une simple formalité. Pour avoir une garantie sérieuse, M. Testelin demandait donc que les noms des signataires fussent au moins pu-

bliés afin d'être plus réservés à l'avenir pour leur réputation d'intelligence et de loyauté. Quant aux médecins assermentés, ils devraient être poursuivis et punis rigoureusement en cas de certificat faux. Prenant ces remarques judicieuses en considération, l'Assemblée a voté la révision de ces pensions et l'article de loi suivant, qui en est la sanction :

« A l'avenir, aucune pension civile ne pourra être accordée, en dehors des conditions d'âge et de service, qu'après vérification, par trois médecins nommés par le ministre compétent et assermentés, des infirmités sur lesquelles se fonderont les réclamants et des causes qu'ils leur attribueront. »

Il y a là sans doute des garanties de sincérité et d'indépendance, mais comment les médecins feront-ils, l'infirmité étant constatée, pour juger si elle a été contractée dans l'exercice des fonctions du prétendant et si elle en résulte? Ce sont là des questions ardues et souvent insolubles qui permettent toujours des interprétations complaisantes. Ce n'est qu'en spécifiant les cas que la loi mettra sûrement le Trésor à l'abri de toute pension imméritée.

Association générale des médecins de France. Il n'est pas loisible à une société locale agrégée de se détacher partiellement de l'Association générale sans se dissoudre régulièrement, suivant les statuts, et abandonner sa caisse à celle-ci. Ainsi jugé par le tribunal de première instance de Montauban, par jugement défaut du 28 janvier, et confirmé dans l'audience publique du 9 juillet suivant. Le président et le trésorier, avec quelques adhérents de la Société locale de Tarn-et-Garonne, ayant déclaré vouloir se séparer à la majorité *d'une voix,* dans une réunion du 8 janvier 1873, ils formèrent une nouvelle Société avec les fonds et les archives de l'ancienne, en dehors de l'Association générale. Mais le noyau des membres restant ayant un autre président et un autre trésorier, ceux-ci réclamèrent les fonds et les archives. Un procès s'engagea dans lequel le président de l'Association générale se porta partie civile, soit pour assister et soutenir ses coassociés dans la réclamation des archives et de la caisse, soit pour assister à la liquidation définitive de la Société, si elle était prononcée.

Le tribunal condamna les membres séparés à remettre à l'ancienne société la caisse, les fonds et comptes de cette société comme les détenant sans aucun droit. Ainsi se trouve fixée la jurisprudence à cet égard. (*Union méd.*, n° 97.)

Compatibilité des fonctions municipales et de celles de médecin de bureau de bienfaisance. Le conseil de préfecture de la Seine ayant invalidé l'élection du docteur Martin au Conseil municipal de Paris, en raison de l'incompatibilité résultant des fonctions du docteur qui, en sa qualité de médecin attaché au bureau de bienfaisance du XIIIe arrondissement, était considéré comme agent salarié de la commune, M. Martin s'est pourvu de cette décision en Conseil d'Etat.

Dans sa séance du 16 juillet, le Conseil d'Etat a rendu un arrêt qui annule la décision du conseil de préfecture, annulation déterminée par les motifs suivants : « Que le traitement du docteur Georges Martin, médecin du bureau de bienfaisance du XIIIe arrondissement de Paris, est porté au budget de l'Assistance publique ;

» Que si ce budget est, en vertu de l'article 4 de la loi du 10 janvier 1849, soumis à l'examen du conseil municipal de Paris, il n'en constitue pas moins un budget spécial et distinct du budget municipal, et que la circonstance que l'administration de l'Assistance publique reçoit une subvention de la ville de Paris ne peut avoir pour effet de faire considérer le requérant comme agent salarié de la commune, dans le sens de l'article 9 de la loi du 5 mai 1855; que, dès lors, c'est à tort que, par application dudit article, le conseil de préfecture du département de la Seine a annulé son élection comme membre du conseil municipal de Paris. »

Inspecteurs du service de santé. D'après l'article 37 de la loi des cadres du 13 mars 1875, ces inspecteurs qui, jusqu'à présent, n'avaient obtenu la retraite qu'à l'âge de soixante-quatre ans, seront admis, à l'avenir, dans le cadre de réserve dès l'âge de soixante-deux ans. La différence entre la retraite et la réserve, c'est que l'officier en retraite est définitivement séparé de l'armée, tandis que

l'officier inscrit au cadre de réserve peut toujours être rappelé en activité, si les besoins du service l'exigent.

La mise en vigueur de cette nouvelle loi va produire plusieurs vacances parmi les inspecteurs généraux du corps de santé militaire.

Sages-femmes. Le préfet de la Corrèze avait autorisé la sage-femme Vallée, reçue de 2e classe pour exercer dans la Dordogne, à exercer provisoirement dans son département. Et le tribunal de Brives avait jugé que cette autorisation était valable quoiqu'en contradictton formelle avec la loi de ventôse an XI.

Mais la Cour d'appel de Limoges, par arrêt du 6 août, a réformé cette fausse interprétation et, se conformant à la jurisprudence de la Cour de cassation, elle a condamné la sage-femme Vallée pour avoir exercé son art dans la Corrèze, sans tenir compte de l'autorisation que lui avait accordée le préfet de ce département.

On pouvait inférer de l'acquittement d'Elizabeth Ingram aux dernières assises de Warwick, en Angleterre, qu'une sage-femme, ou du moins une matrone sans diplôme qui en remplit les fonctions, pouvait impunément les continuer, quoique soupçonnée de porter avec elle le contagium de la fièvre puerpérale, malgré la défense du coroner et des médecins. Mais une décision, rendue le 17 mars aux assises de Manchester, a changé cette interprétation. Elizabeth Marsden était citée par les magistrats de Salford sous la prévention d'homicide par imprudence, parce que deux de ses accouchées étaient mortes de fièvre puerpérale, en janvier, et que, malgré les remontrances du médecin, elle avait continué à accoucher. Or la femme Goodear étant morte le 16 février, et mistress Mills, accouchée le 15, ayant succombé le 19, toutes deux de fièvre puerpérale, cette sage-femme fut condamnée à six mois d'emprisonnement sans qu'aucune caution fut acceptée comme garantie. (*Lancet*, avril, n° 14.) — Voy. Fièvre puerpérale.

Jurisprudence pharmaceutique. Dans sa séance du 27 novembre, la Cour de cassation a déclaré que l'huile de foie de morue, vendue au détail, est réputée vendue pour usage médicinal, et, dans ces conditions, on doit la con-

sidérer comme une drogue simple, dont le débit est exclusivement réservé aux pharmaciens.

Plusieurs herboristes de Paris ont été condamnés à 500 francs d'amende, aux frais et à des dommages-intérêts envers les parties civiles, pour exercice illégal de la pharmacie.

Le sieur Cubayne et le sieur Durand, prête-nom, ont été condamnés chacun à 500 francs d'amende, et solidairement à 200 francs de dommages-intérêts envers les parties civiles.

Enfin, le tribunal de la Seine a condamné à 500 francs d'amende un marchand de vins qui vendait du vin de quinquina, et un industriel qui débitait du thé de la poste.

K

KAMALA. Malgré les brillants succès obtenus et publiés par les médecins anglais, avec ce puissant vermifuge (voy. *année* 1870), il était resté négligé en France lorsque M. le docteur Blondeau en a constaté un succès digne d'être relaté. Sur le conseil de M. Davaine, il a donné à un malade atteint de tænia, 25 grammes de la teinture employée par les Anglais dans une infusion de sauge prise en trois fois, à une heure d'intervalle, de neuf à onze heures du matin. A une heure, sans avoir éprouvé la moindre colique, le malade rendait un tænia très-volumineux, dont la tête, malheureusement, n'a pu être retrouvée. Ce tænifuge aurait les avantages suivants : il ne serait nullement désagréable à prendre, ne produirait aucune colique et n'aurait pas besoin d'être associé à un purgatif. (*Soc. de thérap.*, 28 avril.)

Ce vermifuge exotique, d'un usage vulgaire en Afrique et en Chine, est extrait des capsules d'une euphorbiacée, le *Vottera tinctoria*. C'est une poudre rouge, employée dans la teintu e de la soie. Au lieu de l'employer en teinture, le docteur Du Plessis l'a incorporée à la pulpe de tamarin, sous forme d'électuaire. 6 à 12 grammes de poudre dans 30 à 40 grammes de tamarin, dont on modifie la consistance à volonté avec le sirop d'écorces d'orange amère ou

du jus de citron, forment un mélange d'un goût aigrelet, assez agréable, masquant bien la poudre qui, prise seule, remplit la bouche et le gosier d'une sensation sablonneuse désagréable.

Une quantité variable de cet électuaire doit être prise, suivant l'âge et le tempérament des malades, le matin en se levant et d'une seule fois. Une demi-heure après, on déjeune comme à l'ordinaire et l'on peut vaquer à ses affaires.

Il ne résulte que quelques gargouillements inoffensifs auxquels succèdent, sans ténesme, plusieurs selles très-liquides. Quelquefois, vers le milieu du jour, en tout cas vers le soir, une dernière évacuation se termine par l'expulsion d'un peloton plus ou moins volumineux du ou des tænias, car il y en a souvent plusieurs. M. Du Plessis a appliqué cette méthode dans plus de vingt cas et toujours avec succès.

Pour le bothriocéphale, la cure est toujours radicale, et la colonie est régulièrement expulsée avec la tête. L'administration de 12 grammes de kamala sur 40 de tamarin a été suivie, chez un sujet vigoureux, de l'expulsion de quatre bothriocéphales complets mesurant ensemble 120 *pieds*.

Pour le tænia solitaire, la tête arrive le plus souvent; mais, d'autres fois, elle reste avec quelques articles dans l'intestin grêle. En ce cas, il y a lieu de recommencer quelques mois plus tard, c'est-à-dire dès que l'on aura acquis la preuve que le tænia habite encore l'intestin. (*Bull. méd. de la Suisse romande*, janvier.)

KYSTES. Kystes de l'ovaire. *Diagnostic.* Une ascite enkystée, déterminée par des carcinomes multiples du péritoine, peut les simuler. L'erreur fut commise par plusieurs chefs de service, à Lyon. Elle était presque inévitable sur la position et la fixité des points sonores, la quantité et la nature du liquide se reproduisant très-rapidement. La fixité de l'utérus et l'induration des culs-de-sac empêchèrent seules M. Gayet de tenter l'ovariotomie. L'autopsie dissipa la méprise.

Mais l'inflammation qui préside au développement de la péritonite tuberculeuse ou cancéreuse, au point d'amener un travail néoplasique aussi considérable, devra toujours

servir à en établir le diagnostic différentiel avec un kyste simple de l'ovaire ordinairement exempt de cette complication au début. La reproduction abondante et rapide du liquide, soit 15 à 20 litres en quinze jours, par exemple, comme M. Ollier en a observé un cas qu'il a opéré, est un autre signe de l'ascite enkystée, car ce fait ne se rencontre que très-exceptionnellement dans un kyste uniloculaire. (*Soc. des sciences méd.*, février, et *Lyon méd.*, n° 15.)

Dans sa dernière présentation à la Société pathologique de Londres, de plusieurs observations nouvelles d'ovariotomies, M. Spencer Wells a beaucoup insisté sur l'usage du microscope pour le diagnostic et le pronostic des différentes espèces de kystes ovariens. Il a démontré depuis longtemps que ces kystes peuvent se diviser en *ovariens vrais* (excessif développement d'une vésicule de Graaf) et en *extra-ovariens* (dilatation et développement d'une partie des vestiges du corps de Wolf ou *Parovarium*). Il a remarqué que cette dernière variété ne présente aucune tendance à récidiver après une première ponction, tandis que la poche du kyste ovarien vrai se remplit toujours après chaque ponction. Les caractères fournis par le liquide peuvent aider au diagnostic. Le contenu du kyste parovarien ne présente pas à l'analyse de particularités remarquables ; c'est de l'eau tenant en suspension une quantité à peine appréciable d'albumine et d'albuminate de soude, et dont la gravité spécifique dépasse rarement 1005. Dans le kyste ovarien vrai, le liquide présente un poids spécifique beaucoup plus considérable et contient une quantité notable d'albumine et de paralbumine ; on y trouve en outre des groupes de cellules formées par la membrane interne de la vésicule de de Graaf. D'après M. Spencer Wells, ces caractères sont suffisants pour permettre un diagnostic précis. On peut donc, après l'examen du liquide, se prononcer sur la gravité de l'affection et dire si le kyste sera guéri après une seule ponction ou s'il est sujet à récidive et justiciable d'une opération chirurgicale. (*Gaz. hebd.*)

Kystes ovariques séreux. Ce sont les kystes *extra-ovariens* de M. Spencer Wells, appelés ainsi par M. Panas qui en fait aussi une classe distincte de kystes uniloculaires, dont le traitement serait aussi simple que certain dans ses

résultats. Leur principal caractère distinctif est dans le liquide d'une diaphanéité parfaite, sauf de rares exceptions, et dépourvu de toute viscosité ; sa pauvreté en matière protéique (albumine modifiée) et sa richesse relative en sels alcalins, surtout en chlorure de sodium. Peu ou point précipitable par la chaleur et l'acide azotique, ce liquide se précipite par l'alcool. Il est ainsi l'analogue de celui des kystes spermatiques de l'homme.

Il serait même inutile, dans ce cas, de faire suivre la ponction d'une injection iodée, comme l'avait recommandé M. Boinet, pour obtenir la guérison. Une simple ponction a suffi à M. Panas, dans plusieurs cas, pour qu'une guérison définitive s'ensuivît après l'évacuation complète ou partielle du liquide. Le traitement de ces kystes serait ainsi plus simple que celui de l'hydrocèle et le domaine de l'ovariotomie serait bien restreint, si ces cas étaient fréquents. Mais l'auteur ne le dit pas. (*Acad. de méd.*, mars.)

Tels sont bien les caractères fixés par le célèbre ovariotomiste anglais aux kystes parovariens. Un exemple remarquable de leur distinction avec les kystes ovariens vrais, au point de vue pratique, est fourni par le docteur Vast (de Vitry-le-Français), qui, de janvier 1871 au mois de mai 1875, pratiqua 119 ponctions d'un kyste ovarien droit dont le liquide clair, opalescent, jaune verdâtre, filant, presque neutre, d'une densité de 1013, contenait jusqu'à 40^{gr},80 de matières solides par kilogramme, dont 32,50 de matières organiques albuminoïdes et 7^{gr},50 de sels. Ce sont ces kystes qui, prenant naissance dans une vésicule de Graaf, ne peuvent guérir par la ponction simple et réclament absolument l'ovariotomie. (*Soc. de chir.*, 14 avril.)

Causes de dystocie. En se présentant au moment de l'accouchement comme un obstacle à son accomplissement, les kystes de l'ovaire peuvent placer le médecin dans un véritable embarras, que convient-il de faire en pareil cas? Les faits répondent de la conduite à tenir. — Voy. OPÉRATION CÉSARIENNE.

Danger des injections iodées. Un accident exceptionnel, sinon unique, est la perforation spontanée du kyste consécutivement à ces injections, observée par M. Verneuil. Il

s'agissait d'un kyste uniloculaire volumineux gauche dont le liquide s'était reproduit à plusieurs reprises après la ponction simple et deux fois suivie d'injection iodée proposée par M. Boinet. Mais M. Verneuil, ayant tenté une troisième injection, les douleurs augmentèrent, une péritonite suraiguë se développa et la mort eut lieu. L'autopsie révéla une petite perforation sur le bord gauche du kyste, à pédicule long et étroit, sans adhérences, et qui offrait ainsi de grandes chances de succès. (*Soc. anatom.*, juin, et *Progrès méd.*, n° 48.)

Si une péritonite a pu se développer par l'issue de la teinture d'iode dans le péritoine, soit en retirant la canule, soit autrement, ce n'est pas ici le cas de l'étudier. La laconicité des détails ne permet pas de savoir comment cette perforation s'est produite.

Kystes muqueux. *Injections au chlorure de zinc.* Devant l'inefficacité des liquides purement irritants pour la résorption du liquide albumineux, épais et filant, comme du blanc d'œuf, qui remplit certains kystes muqueux, M. Th. Anger n'a pas craint de les remplacer par deux à trois gouttes d'une solution concentrée de chlorure de zinc. Après avoir constaté chez les animaux que l'injection dans les tissus de quelques gouttes des caustiques les plus puissants n'y détermine pas de suppuration autour de l'eschare produite, il a pratiqué ces injections dans la grenouillette et l'hygroma de la bourse prérotulienne. Dans ces quatre cas, la disparition du liquide et la guérison ont eu lieu en cinq ou six jours. Une vive douleur est le seul inconvénient de ce traitement. Il s'agirait donc d'essayer des solutions moins concentrées. (*Soc. de chir.*, novembre.)

Un mode favorable, à cet effet, est d'injecter la solution chlorurée au dixième dans le kyste sans le vider préalablement, selon le procédé Monod. 10 à 15 gouttes injectées ainsi par M. Panas dans une grenouillette sous-hyoïdienne du volume d'une noix, qui avait résisté aux injections d'iode et d'alcool, la firent disparaître en huit jours sans qu'il en résultât ni douleur ni complication. Est-ce en coagulant le contenu séro-albumineux et en irritant ensuite les parois internes du kyste? Toujours est-il que ce procédé a réussi et mérite d'être répété. (*Union méd.*, n° 140.)

Kyste du rein. *Excision.* Chez une veuve de quarante ans, multipare, une tuméfaction de la fosse iliaque gauche se développa lentement en même temps que les forces diminuaient. Admise à l'hôpital, cette malade présenta une tumeur, mobile dans toutes ses directions, mesurant sept pouces dans son plus grand diamètre. Trois points fluctuants, grands comme une petite orange, et communiquant entre eux, existaient à la partie antérieure. L'utérus était très-élevé, pas d'albumine dans les urines. Après une consultation, l'ovariotomie fut décidée et pratiquée le 2 décembre par M. Campbell.

La tumeur découverte avait l'apparence d'un kyste multiloculaire. Ponctionnée avec un trocart, elle donna deux pintes et demie de liquide. Ce n'est qu'en l'attirant au dehors qu'on la trouva retenue en arrière et que, par l'examen, les deux ovaires furent trouvés dans leur position normale. L'origine du kyste était à l'extrémité du rein gauche. L'un et l'autre furent excisés et le pédicule lié avec un fort fil de lin. Il n'y eut pas d'hémorrhagie. C'était une dégénérescence kystique du quart inférieur du rein dont l'autre partie était saine. Le 9 avril suivant, l'opérée se promenait dans l'établissement et retourna chez elle deux jours après. Les urines restaient copieuses, sans albumine ni symptômes urémiques. (*Giornale della Acad. di med. di Torino.*)

Kyste du foie. *Ponction mortelle.* L'innocuité habituelle des ponctions, surtout avec le trocart capillaire, rend presque inexplicable et étrange la mort subite qui s'en est suivie dans un cas rapporté par M. Martineau. C'était un ancien soldat d'Afrique, âgé de trente et un ans, entré le 22 janvier 1875 à l'hôpital Lariboisière pour une douleur survenue depuis trois jours dans l'hypochondre droit et le creux épigastrique. Il n'y a ni frisson, ni fièvre, ni vomissement. Une tumeur volumineuse à l'épigastre recouvre la face antérieure de l'estomac, mate à la percussion, indolente à la pression, sans irrégularité ni saillie. La matité hépatique s'étend à 15 centimètres de haut en bas et 13 centimètres en travers.

Un kyste hydatique étant diagnostiqué, on le ponctionne dès le lendemain avec le trocart capillaire Potain sans entraver la marche du mal. Un liquide incolore, limpide,

puis sanguinolent, est obtenu, mais l'écoulement cesse après quelques grammes et l'on constate, la canule retirée, qu'elle est bouchée par un débris membraneux. Des crochets d'échinocoques sont constatés. Mais aussitôt l'opéré éprouve du malaise avec dyspnée intense, nausées, puis vomissements, la respiration s'arrête, le pouls faiblit, le cœur ne s'entend plus, face pâle et sueurs froides; il y a syncope et, malgré l'expulsion de mucosités blanches, filantes, comme après la thoracentèse, et l'emploi de tous les excitants, la mort est complète en vingt minutes.

L'autopsie, en relevant d'anciennes altérations pleuro-cardiaques, ne découvre pas la cause de la mort. Les mucosités bronchiques et l'emphysème pulmonaire n'en sont que les manifestations. Deux kystes hydatiques comme le poing occupent la face inférieure de chaque lobe. Un seul, celui de gauche, avait été ponctionné sans aucune lésion du péritoine.

Ce résultat fatal a lieu de surprendre en raison des succès et de l'innocuité des ponctions du foie relatés tout récemment par MM. Bérenger Féraud et Gérin-Rose. Sept à huit cas de mort dans les vingt-quatre heures, après une ponction, auraient pourtant été observés par M. J. Guyot et l'innocuité n'en serait pas aussi complète qu'on le croyait, mais sans que la cause du danger en soit mieux déterminée. Pour M. Martineau, ce serait la paralysie réflexe du pneumogastrique, de même que dans les cas de contusion de l'abdomen et dans les lésions intestinales, notamment l'étranglement interne. Un fait expérimental confirme cette interprétation, suivant M. Dumontpallier. Il a vu sur une grenouille, dont l'abdomen était ouvert, survenir la syncope et la mort par arrêt du cœur en systole en irritant une anse intestinale tiraillée, comme dans l'expérience de M. Tarkanoff. — Voy. Cœur.

Mais ce n'est évidemment là qu'une hypothèse et l'explication de la mort, dans ce cas, reste aussi obscure que celle de la guérison. Comment admettre, par exemple, qu'une simple ponction suffise pour tuer les échinocoques comme M. Gérin-Rose en rapporte deux cas. M. Woillez a d'ailleurs rencontré dernièrement, dans son service de la Charité, une tumeur énorme, élastique et mate dans l'hypochondre droit, ayant tous les caractères d'un kyste, qui disparut spon-

tanément. Contrairement à M. Martineau, M. Woillez remettait tous les matins à pratiquer la ponction, rien ne pressant, lorsqu'au moment de la pratiquer, il constata qu'elle avait diminué de volume. Elle continua à décroître les jours suivants et disparut enfin totalement, sans qu'aucun fait insolite se soit manifesté dans les urines, les selles, ni les crachats. Un très-léger empâtement local restait à la sortie du malade.

M. Desnos a fourni une nouvelle preuve de l'incertitude des causes de mort. Un kyste hydatique très-volumineux du foie, sans ponction préalable, existait chez une malade placée à l'hôpital Necker en 1865. Il fit une application du caustique de Vienne qui fut très-douloureuse. La malade succombait subitement, le soir même, sans trace de rupture, ni de perforation du kyste, pas plus que de péritonite à l'autopsie. On trouva seulement des caillots dans le cœur. D'où il conclut à la mort par syncope provoquée par l'intensité de la douleur. (*Soc. méd. des hôp.*, mars et avril.)

Contre les kystes hydatiques, soit du foie, soit d'autres organes, M. Panas conseille de se borner à la ponction simple avec un très-petit trocart. Elle suffit le plus souvent. Les hydatides meurent une fois qu'on a retiré leur liquide, et, quand elles sont mortes, elles se ratatinent et deviennent inoffensives pour les tissus. La méthode de Récamier, qui consiste à ouvrir la poche après avoir produit des adhérences entre la surface du foie et la paroi abdominale, ayant pour résultat de provoquer toujours la suppuration, est très-dangereuse : elle est le plus souvent suivie de mort. L'injection de liquides irritants dans le kyste offre également de grands dangers. On ne sait pas où va s'arrêter le mouvement irritatif qu'on provoque ainsi. M. Panas a vu en résulter des péritonites suraiguës par gangrène locale et perforation. Au contraire, la ponction simple, qui peut se faire quand on le veut et qui suffit souvent dès la première fois, a, dans tous les cas, l'avantage de ne pas irriter les tissus. On peut y revenir après quelques semaines si le liquide s'est reproduit, et s'il ne paraît pas en voie de résorption. Alors même que déjà la poche a suppuré, on peut encore espérer la guérison. Plusieurs exemples en ont été observés. (*Gaz. des hôp.*)

Kystes hydatiques du poumon et de la plèvre; thèse inau-

gurale par A. W. Hearn. Paris. Etude clinique basée sur 144 observations résumées et donnant 82 morts et 60 guérisons, résultant, soit de l'évacuation du kyste, soit de la mort de l'hydatide. Un diagnostic différentiel bien établi rendra cette monographie utile aux praticiens.

Kyste hydatique suppuré de la cuisse. Ce cas rare a été observé par M. Francis Mason, à *Saint-Thomas hospital*, sur un homme fort et robuste de quarante-cinq ans, très-bien portant, quand, deux ans avant son admission, une légère douleur se manifesta dans la région fémorale gauche, qu'il attribua au choc de sa bourse dans la poche de ce côté. Une tumeur apparut et augmenta rapidement au point d'avoir le volume d'une tête de fœtus à l'examen. Située dans le triangle de Scarpa, elle est distinctement fluctuante, sans douleur à la pression. La circonférence de la cuisse, au point le plus saillant, est de 26 pouces et de 23 1/2 seulement à droite. La forme ne change pas par la position ; la toux ne produit pas d'impulsion. Le malade peut se tenir debout sur le membre affecté. Aucun point douloureux de la colonne spinale ni dans la fosse iliaque à la pression, absence de pulsation anévrysmale et de bruit. Œdème du pied et de la jambe disparaissant par la position pendant la nuit. Toutes les fonctions s'accomplissent normalement.

Une ponction exploratrice ayant donné du pus, l'ouverture fut agrandie et quatre pintes d'un liquide purulent mêlé de kystes hydatiques s'écoula. Dès le quatrième jour, la fièvre s'alluma avec élévation considérable de la température, l'écoulement du liquide cessa, la plaie prit un mauvais aspect, le délire survint, puis la mort le treizième jour après l'ouverture.

L'autopsie ne constata rien localement que la cavité du kyste, une congestion œdémateuse des poumons, flaccidité des parois cardiaques, foie mou et un peu graisseux, rate molle et noire, reins pâles. (*Lancet*, 5 juin.)

Ne conviendrait-il pas, en pareil cas, et pour éviter ces accidents septicémiques, de pratiquer l'aspiration du liquide afin d'en prévenir l'altération?

L

LARYNX. La présence du tissu adénoïde, constatée par divers auteurs dans la muqueuse laryngienne de certains animaux domestiques, a été également constatée par Heitler sur le larynx parfaitement sain de l'homme. Il l'a rencontré principalement dans les replis ary-épiglottiques, au voisinage de la région où l'épithélium pavimenteux devient cylindrique, sur les cartilages aryténoïdes, surtout au niveau de ceux de Santorini et à la réunion du cartilage thyroïde, enfin à la partie la plus antérieure des ventricules de Morgagni et surtout dans les culs-de-sac. Il se présente sous forme de follicules parfaitement clos au milieu de petits éléments figurés diffus et infiltrés.

Cette infiltration d'éléments cellulaires jointe à la présence du tissu adénoïde dans la muqueuse laryngienne et sa grande richesse en glandes expliquent la fréquence du processus ulcératif dont elle est le foyer dans diverses maladies. (*Stricker's Jahrb.*, 1874.)

Couche musculaire des ventricules. Elle est constituée, suivant Hopmann, par la portion terminale réfléchie normalement du stylo-laryngien de Luschka, qui n'y avait signalé que quelques faisceaux musculaires grêles. Placée immédiatement sous la muqueuse, elle y adhère intimement et en fait comme une partie intégrante. Ses contractions rétrécissent les ventricules et protégent le nerf laryngé qui se divise dans ces cavités, et reconnaissable au laryngoscope sur beaucoup de sujets par le repli ou la ligne blanc jaunâtre qui se dessine sous la muqueuse. Facilement accessible aux topiques, il permet de vaincre ainsi les anesthésies ou les hyperesthésies qui en dépendent. (*Berlin. Klin. Woch.*, n° 4.)

Extirpation. Malgré son premier insuccès, le professeur Billroth a répété cette formidable opération, le 11 novembre 1874, sur un homme de cinquante ans, atteint d'épithélioma, diagnostiqué au laryngoscope, faisant des progrès rapides avec dyspnée intense et croissante. L'absence d'en-

gorgement ganglionnaire suffit au célèbre chirurgien pour juger que la récidive était peu à craindre après la résection. Il la pratiqua donc en présence d'un grand nombre de médecins et d'étudiants. Cinq jours après, l'opéré succombait très-probablement à une pneumonie hypostatique. (*Allgem. Krankenhaus.*)

On a dit que la trachéotomie ou la laryngotomie était la seule opération pratique à tenter en pareil cas. L'insuffisance en a été démontrée dans un cas analogue. Il s'agissait d'un garçon de vingt-quatre ans, très-robuste, souffrant de troubles respiratoires par une obstruction mécanique du larynx. En août 1874, le docteur Perazzi pratiqua la laryngotomie en pénétrant dans l'espace thyro-cricoïdien. Mais malgré la présence à demeure d'une canule en argent, des cautérisations profondes intralaryngiennes, pratiquées par l'ouverture artificielle avec le cautère galvanique, étaient nécessaires pour enlever des excroissances entravant la respiration. Pour rétablir la perméabilité du larynx, le docteur Perazzi en avait même tenté le tubage en placant des tiges de laminaria au-dessus de l'ouverture ; mais tous ces moyens restèrent sans résultat. C'est alors que M. Bottini pratiqua la résection entière du larynx, le 6 février 1875. Ce ne fut pas sans de grandes difficultés à cause de la toux incessante de l'opéré et de l'expectoration d'abondantes mucosités, malgré la présence de la canule. L'opération dura une heure et demie, sans anesthésie préalable. La perte de sang fut considérable malgré l'emploi d'une batterie galvanique et des pinces hémostatiques. Au moment surtout de la section des artères hyoïdiennes et thyroïdiennes, ce fut, dit l'opérateur, « une véritable tempête de sang dont les jets entrecroisés ressemblaient à un feu d'artifice ; *una vera tempesta di sangue ad incrocicchiato getto, pari ad un fuoco d'artificio.* » La canule fut maintenue en place sans diminuer la toux, au point de ne pas permettre une heure de sommeil à l'opéré dans la nuit suivante, malgré l'emploi des injections hypodermiques sédatives.

Pendant cinq jours, l'opéré, nourri avec la sonde œsophagienne de potages, vin et extrait de viande et respirant par sa canule, ne présenta aucun accident. La température s'éleva à peine d'un demi-degré, à 37°,5 et le pouls de cinq pulsations seulement, à 90. La plaie était dans un état satis-

faisant lorsqu'elle fut envahie le 11 février par un érysipèle. Il s'étendit d'avant en arrière et de haut en bas, et, en cédant là aux badigeonnages avec une solution au dixième de nitrate d'argent, envahit la tête et le tronc et détermina des abcès des paupières.

Malgré ces graves complications qui élevèrent le pouls de 100 à 120 et la température à 38°,5, l'érysipèle était complétement disparu le 21. Le pouls n'a pas dépassé ensuite 87 pulsations et la température 37 degrés. La déglutition des substances liquides et semi-liquides était facile, et les efforts d'expectoration rares et peu fatigants. Le 9 mars, la plaie était cicatrisée en grande partie par première intention malgré l'érysipèle. Les nuits étaient tranquilles, et tout faisait espérer une issue favorable, c'est-à-dire le succès d'une opération des plus périlleuses. (*Gazz. delle cliniche*, n° 10.)

A ces trois faits authentiques paraissent devoir s'en ajouter deux autres, dont les détails n'ont été publiés qu'incomplétement. Le professeur Heine (de Prague) aurait enlevé, le 28 mars 1874, le larynx moins l'épiglotte, pour un épithélioma, sur un homme de cinquante ans. Le 22 août suivant, l'opéré ne présentait plus aucun signe de récidive. (*Schmidt Jahrbüch.*, novembre 1874.)

Le 12 août de la même année, le docteur M. Schmidt pratiquait également l'extirpation du larynx chez un homme de cinquante-six ans, qui succombait quatre jours plus tard. (*Archiv für Klin. chir.*, 1874.)

Voilà donc cinq exemples de cette redoutable opération dont quatre en Allemagne, où elle ne manquera pas de s'étendre malgré les résultats de trois morts et sans que la guérison dans les deux autres ait été confirmée depuis. Mais ce n'en est pas moins, comme dit M. Isambert, une opération de casse-cou, où l'on risque de voir le malade, dans une proportion considérable, périr sous le couteau. Et pourquoi? donner au malade quelques jours ou quelques semaines au plus d'une existence pire que la mort! (*Ann. des maladies de l'oreille et du larynx*, septembre.)

Un sixième cas se recommande encore plus à l'attention. Le 21 juillet dernier, Langenbeck étendait les limites de cette opération en enlevant avec le larynx l'os hyoïde, une partie de la langue, du pharynx et de l'œsophage comme

pour montrer que les plus grandes difficultés sont surmontables à qui sait les affronter de sang-froid et avec habileté. C'est le cas de répéter ce que l'on a dit de certains chirurgiens français : qu'ils enlevaient une moitié du corps pour conserver l'autre.

Voici cette observation remarquable. Homme de cinquante-sept ans, atteint de cancer du larynx et ayant subi la trachéotomie huit mois auparavant. La dégénérescence s'étant étendue et l'alimentation des liquides étant seule possible, alors que la respiration se faisait exclusivement par la canule, il rentre à l'hôpital et subit de nouveau l'opération suivante.

La chloroformisation étant faite par la fistule trachéale, celle-ci est agrandie en bas pour l'introduction de la canule-tampon de Treudelenburg qui permit ainsi de continuer l'anesthésie pendant l'opération et prévint efficacement l'écoulement du sang dans les bronches.

Incision transversale de la peau, s'étendant du bord interne du sterno-mastoïdien droit au gauche, à 2 centimètres au-dessus de l'os hyoïde. Du milieu de celle-ci part une incision verticale passant au milieu du cou jusqu'à la fistule trachéale, sans intéresser la cicatrice de la trachée. Les deux lambeaux latéraux en résultant furent séparés des parties sous-jacentes et laissèrent à découvert le larynx. Extirpation des ganglions sous-maxillaires infiltrés et de la glande sous-maxillaire droite; puis section des muscles mylohyoïdiens, digastriques et hyoglosses au-dessus de l'os hyoïde; l'artère linguale liée, les ganglions et la glande sous-maxillaire du côté gauche furent extirpés. La brièveté du cou et l'adhérence des parties molles du larynx, résultant du séjour prolongé de la canule trachéale, rendirent la suite de l'opération encore plus difficile, et l'on dut renoncer à séparer le larynx du pharynx à cause de l'extension du cancer aux parties voisines. Le pharynx ouvert, un crochet, enfoncé au niveau de l'os hyoïde, permit d'attirer le larynx en bas et en avant; en même temps qu'un fil, passé dans la pointe de la langue, attirait celle-ci, on sectionna sa base par la plaie du cou à 2 centimètres environ au-dessus de l'os hyoïde. On lia alors les artères thyroïdiennes supérieures, et l'on sectionna des deux côtés la paroi du pharynx et de l'arc du pharyngo-palatin ; ensuite les carotides

externes furent isolées, liées et sectionnées entre deux ligatures. Les nerfs lingual et hypoglosse avaient été isolés et coupés lors de la section de la langue.

Le larynx, qui ne tenait plus qu'à la trachée, en fut détaché au-dessous du cartilage cricoïde. La région antérieure du cou, depuis le menton jusqu'au sternum, formait ainsi une vaste cavité au fond de laquelle on apercevait la colonne vertébrale recouverte de la paroi postérieure du pharynx ; les lambeaux cutanés formaient comme les pointes d'un col de chemise rabattu; la trachée était abaissée, de sorte que la canule correspondait au bord du sternum ; on voyait en haut le voile du palais et la surface de section de la langue. On voyait aussi par la bouche la partie antérieure de la langue qui était pelotonnée, immobile, derrière le maxillaire inférieur.

Les muscles sectionnés ou enlevés pendant l'opération étaient, indépendamment des petits muscles du larynx, les muscles sterno-hyoïdiens, sterno thyroïdiens, homo-hyoïdiens, mylo-hyoïdiens, digastriques, génio-hyoïdiens, stylo-hyoïdiens, stylo-glosses, stylo-pharyngiens, glosso et palatino-pharyngiens. *On fit quarante et une ligatures*, notamment celles des artères maxillaires externes, linguales, thyroïdiennes supérieures, carotides externes, laryngées; enfin deux nerfs, l'hypoglosse et le lingual, furent coupés.

Pendant cette terrible opération, le malade était dans l'anesthésie la plus parfaite ; l'aspect du visage s'est maintenu satisfaisant : le pouls à 80, la température à 36°,8. Ces circonstances favorables sont attribuées à l'emploi de la *canule-tampon* de Treudelenburg, qui empêcha toute introduction de sang dans les voies respiratoires. Les suites de l'opération furent simples ; on ne fit pas de sutures ; les lambeaux furent simplement appliqués sur la plaie ; une grosse canule fut introduite dans la trachée ; le malade présenta une fièvre modérée les jours suivants, et, le 28 juillet, la fièvre avait cessé ; le malade était relativement en bon état.

La pièce anatomique présentée par M. Langenbeck à la Société médicale de Berlin, le 28 juillet, a montré que le cancer avait envahi l'os hyoïde, l'épiglotte et la partie supérieure du larynx ; la face interne des cartilages cricoïde et thyroïde était libre jusqu'aux ventricules, la dégénéres-

cence commence au-dessus et forme une masse arrondie remplissant toute la partie supérieure de l'espace compris entre le larynx et la base de la langue. Le larynx, l'os hyoïde et les parties molles forment une masse de 11 centimètres de long; la portion de la langue amputée en mesure 3. (*Berl. Klin. Wochenschrift*, août.)

Les détails précédents permettent de juger des énormes difficultés de cette extirpation. Si l'hémorrhagie n'est pas signalée, la perte du sang a dû néanmoins être considérable. C'est l'accident le plus redoutable de cette opération; mais la canule-tampon, en prévenant efficacement l'introduction du sang dans les bronches, peut en prévenir l'effet le plus dangereux : la suffocation, l'asphyxie.

Quels succès peut avoir, en pareil cas, cette opération? Quelques semaines, quelques mois de survie, et quelle vie! La dégénérescence cancéreuse peut-elle être arrêtée longtemps en ce lieu? M. Hénocque y voit pourtant un progrès chirurgical aussi acceptable que la néphrotomie et l'ovariotomie (*Gaz. hebd.*, n° 34). Sans doute, si elle était pratiquée pour remédier à des lésions ou un traumatisme simples, l'extirpation de quelque tumeur bénigne. On réussit parfaitement après des excisions semblables sur l'urèthre. Mais il en est tout autrement avec la diathèse cancéreuse. La néphrotomie et l'ovariotomie ne seraient pas plus justifiées que l'extirpation du larynx dans ce cas.

Hémiplégie d'origine cérébrale. Une femme fut apportée à la Salpêtriere, le 3 juin dernier, service de M. Luys, à la suite d'une attaque subite d'apoplexie. Elle était sans connaissance avec une hémiplégie gauche. En reprenant peu à peu connaissance, elle rendit compte qu'elle avait été frappée, quatre ans auparavant, d'une attaque semblable qui lui avait fait perdre l'usage des membres gauches ainsi que la faculté de produire des sons vocaux. Elle parlait, en effet, toujours à voix basse, mais très-nettement et raisonnablement. Son intelligence était nette. La langue ni le voile du palais, ni les lèvres, n'étaient paralysés. Elle articulait nettement sans pouvoir produire aucune vibration sonore.

Un nouvel accès s'étant manifesté quelques jours après cette amélioration apparente, la malade succomba et l'au-

topsie montra l'état athéromateux des artères cérébrales, surtout dans la substance grise du corps strié, avec de petites vacuoles correspondantes remplies de sérosité. Les couches optiques n'étaient pas épargnées. Hypérémie très-accusée du cervelet; injection de la protubérance avec deux foyers aréolaires, comme un petit pois, contenant un liquide séreux.

Au larynx, les nerfs récurrents sont jaunâtres et atrophiés; le gauche beaucoup plus que le droit. Le muscle thyro-arythénoïdien n'avait plus de fibres musculaires; un tissu conjonctif et des vésicules adipeuses le remplaçaient. Toutes les fibrilles musculaires étaient granuleuses et profondément dégénérées ainsi que le sarcolème. Aucune altération notable des autres parties constituantes du larynx. C'est donc là une dégénérescence secondaire du muscle thyro-arythénoïdien causée par une ancienne lésion cérébrale; ce qui confirme l'étiologie symptomatique des paralysies du larynx admise par M. Isambert. (*Ann. des maladies de l'oreille et du larynx*, septembre.)

LEUCOCYTHÉMIE. *Complication de l'érysipèle.* Chez trois leucocythémiques observés à l'hôpital Cochin par M. Hanot, interne, dans le service de M. Bucquoy, dont il rapporte les observations, des érysipèles, partis spontanément et sans traumatisme de la face et du cou, se sont rapidement étendus à la presque totalité du tronc et ont déterminé la mort dans deux cas. Or, quoique cette complication grave ne soit pas en général signalée en pareil cas, M. Hanot estime qu'elle s'explique logiquement depuis que les recherches microscopiques ont montré que le derme est infiltré de globules blancs dans l'érysipèle, comme MM. Vulpian, Volkmann et Stendener, Renaut, l'ont observé (voy. *année* 1873). Et comme la leucocythémie est précisément constituée par la prédominance des globules blancs dans le sang, ils peuvent ainsi déterminer l'érysipèle, surtout dans les lieux où les ganglions lymphatiques sont le plus nombreux et les plus engorgés. C'est à l'observation ultérieure à prononcer. (*Progrès méd.*, n° 11.)

LIGATURES. *Causes de leur chute hâtive et de leur persistance prolongée.* La ligature métallique de l'artère humérale,

faite par M. Guéniot à la suite d'une amputation du bras chez un garçon de six ans, ayant persisté pendant soixante-deux jours, malgré des tractions fortes et répétées, une discussion s'est élevée sur la cause de cette rétention. MM. Dubreuil, Trélat et Marjolin l'attribuent à ce que le fil est emprisonné dans du tissu cicatriciel, mais M. Verneuil rejette cette cause qui serait simplement l'absence d'inflammation éliminatrice de la plaie. Dans ce cas, en effet, l'amputation faite par la méthode à lambeaux avait été suivie de la réunion immédiate après la suture des lambeaux. Il est donc bien permis de voir dans ce défaut d'inflammation suppurative la cause de la persistance de la ligature, comme celle de sa chute rapide dans une inflammation très-intense.

Le fait de comprendre du tissu fibreux dans la ligature expliquerait bien mieux cette rétention, suivant MM. Perrin et Després. Le fil peut encore être retenu dans quelques cas par de petits fragments de l'os du moignon au voisinage de l'artère liée. (*Soc. de chirurgie*, 17 février.)

Sans nier l'influence du tissu fibreux ni du degré d'inflammation locale, M. le docteur Ripoll (de Toulouse) ajoute une autre cause bien plus certaine : c'est le *défaut de striction du vaisseau*. Si le nœud n'est pas serré suffisamment, de façon à mortifier par étranglement le bout du vaisseau, et à plus forte raison le tissu fibreux ou autre lié accidentellement avec l'artère, la vitalité persiste dans ce bout, surtout si la réunion est plus ou moins immédiate. La ligature reste ainsi barrée et impossible à extraire, à moins que le nœud ne cède aux efforts de traction en se défaisant.

C'est ainsi que, dans un cas analogue à celui de M. Guéniot, M. Ripoll éprouva le même désappointement. Il s'agissait de l'amputation du bras par la méthode circulaire chez une jeune femme atteinte de tumeur blanche du coude. L'appareil, enlevé le dixième jour, montra une réunion absolument complète sans une goutte de suppuration. Les fils réunis des ligatures étaient légèrement humectés de sérosité purulente. Trois cédèrent à la première traction, mais le quatrième résista, tellement qu'il ne céda pas pendant trois mois malgré des tractions faites tous les deux ou trois jours. Ce n'est qu'à cette époque que, de guerre lasse et pour tarir le trajet fistuleux en résultant, M. Ripoll, ayant

saisi le fil avec une pince et enroulé le surplus sur les mors, tira brusquement; le fil cassa près du nœud qu'il retrouva englobé dans la cicatrice, à l'extrémité de l'artère humérale, cette femme étant morte phthisique six ans plus tard.

Ce défaut de striction du nœud a été constaté *de visu* dans une amputation du sein. Une grosse artère du creux de l'aisselle ayant été lésée, une ligature avec du fort cordonnet de soie fut appliquée. Tous les autres fils tombèrent, celui-ci résista tellement que, six mois après, l'opérée en réclama l'enlèvement pour tarir l'écoulement fistuleux qui en résultait. Dilatant graduellement ce trajet par l'introduction, à 4 ou 5 centimètres de profondeur, de racine de gentiane, M. Ripoll vit très-distinctement la ligature *barrée* au fond de canal. Il en saisit l'anse avec de longues et fines pinces et la coupa avec des ciseaux à lames longues et étroites. Amené au dehors et les bouts de sections rapprochés, l'anneau de ce nœud mesurait 2 millimètres environ. La constriction, suffisante pour oblitérer un gros vaisseau, n'avait pas été assez forte pour le couper.

Un moyen de prévenir cet inconvénient de la persistance des ligatures, c'est de se servir des fils de soie dont la striction se fait bien mieux qu'avec les fils métalliques, et de couper les deux extrémités à ras du nœud. Ce corps étranger, laissé dans la plaie, est absolument sans danger et il prévient ces tiraillements et ces trajets fistuleux des fils traînants qui entretiennent l'irritation et la suppuration. (*Revue méd. de Toulouse*, mars.)

Ligature élastique. Ce nouveau moyen de diérèse hémostatique étend chaque jour ses applications. M. Letenneur en a obtenu de très-bons résultats dans deux cas de cancroïde de la langue communiqués à l'*Association française pour l'avancement des sciences,* et M. Després en a communiqué un troisième exemple à la *Société de chirurgie.* Très-douloureuse pendant les quelques heures consécutives à son application, cette ligature est tombée au huitième jour. Cela dépend évidemment de l'épaisseur des tissus qu'elle comprend.

M. Laroyenne l'a appliquée avec succès sur une tumeur siégeant entre la septième vertèbre cervicale et la pre-

mière dorsale et réductible en partie par la pression. Le tube avait 2 millimètres et demi de diamètre. Les épingles ayant servi à la fixer furent enlevées aussitôt. Dès le lendemain, la tumeur s'affaissa et tomba le vingtième jour ; l'enfant guérit.

M. Polaillon imita cet exemple contre un spina bifida pédiculé de la nuque ne communiquant que par une très-petite ouverture avec le rachis. Mais des douleurs et des accidents nerveux le forcèrent à lever cette constriction. (*Soc. de chirurg.*, mai.)

On ne peut donc l'employer, dans ce cas, sans de grandes réserves, d'autant plus que ces tumeurs renferment souvent des nerfs ou même de la moelle, surtout dans la région lombaire. M. Letenneur l'appliqua néanmoins chez un enfant de deux mois, atteint d'une énorme tumeur kystique de la partie inférieure du tronc. La moitié fut détachée par ce moyen.

Le professeur Courty l'applique en passant deux fils à la fois. Il n'en serre qu'un modérément d'abord, comme pour engourdir la sensibilité, et ne donne le degré de constriction voulu que le lendemain avec le second fil. La douleur est ainsi rendue plus supportable. — Voy. POLYPES UTÉRINS.

Son emploi est recommandé par le docteur G. Bayles pour la ligature du cordon ombilical Un petit anneau élastique serrant un peu la pointe du quatrième doigt lui sert à cet effet. Repliant le cordon sur lui-même, près de l'ombilic, dans une anse de trois pouces environ, il place l'anneau sur cette anse et le fait glisser jusqu'à un demi-pouce de la surface abdominale et coupe le cordon en dehors de l'anse. Deux portions sont ainsi comprises dans l'anneau qui peut être doublé si sa constriction n'est pas suffisante. (*Med. Record*, août.)

On ne voit guère l'avantage de cette innovation. Elle est plus compliquée que la ligature avec le fil ordinaire, et l'auteur ne dit pas si la section est plus ou moins rapide, ce qui pourrait seulement justifier cette innovation.

Ligatures atrophiantes. Ce sont celles que l'on applique sur les artères se rendant à un produit morbide et l'alimentant, en vue d'en obtenir l'atrophie. Jusqu'ici, les exemples en sont rares et les succès encore moindres ; mais en se

généralisant dans ces dernières années, on en a fait une méthode de traitement qui, sous ce nom, semble devoir s'étendre de plus en plus dans le domaine chirurgical.

La ligature de la fémorale a été ainsi érigée en méthode de traitement de l'éléphantiasis du membre inférieur, et si des insuccès en ont été cités, les cas authentiques sont bien plus nombreux où un arrêt de développement et même une atrophie du membre en a été la conséquence au moins immédiate, mais la circulation collatérale a amené le plus souvent la récidive. — Voy. Éléphantiasis.

C'est surtout contre les tumeurs malignes ou non que les chirurgiens ont lié la veine principale s'y rendant pour en suspendre, en arrêter ou en diminuer la marche, le développement, sinon en calmer les douleurs. La carotide externe a ainsi été liée, il y a deux ans, par M. Lannelongue sur un garçon de dix-sept ans à l'hôpital de la Charité, contre un sarcome inopérable de la face et de la langue. Une diminution notable du néoplasme s'ensuivit, mais le mal reprit bientôt le dessus, sans doute par les anastomoses, et le malade succomba. On parle même de cette opération contre un polype naso-pharyngien qui serait resté stationnaire pendant un an et même contre des tumeurs de la gorge, mais ces exemples n'ont encore guère trouvé d'imitateurs.

Chez trois hommes de quarante-huit à cinquante ans, atteints d'épithéliomas inopérables de la langue, volumineux et ulcérés, s'étendant au plancher de la bouche, M. Demarquay lia la linguale du côté morbide. Un soulagement marqué en fut la conséquence; la parole et la mastication étaient plus libres. La tuméfaction diminua les jours suivants ainsi que les douleurs. L'un de ces malades put même se croire guéri par l'amélioration générale de son état. C'était un beau résultat de la ligature atrophiante. Le chirurgien de la Maison de santé avait d'ailleurs obtenu déjà des résultats semblables, bien que ce ne soit là qu'une méthode palliative comme Mirault (d'Angers), qui l'a inventée l'a reconnu et proclamé.

Bien avant lui, on l'avait employée contre les néoplasmes volumineux du testicule. C'est ainsi que M. Lannelongue l'a renouvelée avec succès sur un homme de cinquante ans, dans son service de Bicêtre, porteur d'une

tumeur du testicule gauche, grosse comme deux poings d'adulte. Son développement rapide et sa consistance dure l'avaient fait considérer comme un squirrhe. Au lieu de pratiquer immédiatement la castration, une ligature atrophiante fut posée sur l'artère spermatique et, depuis un an, la masse a diminué des quatre cinquièmes au moins et se trouve réduite au volume d'un petit œuf de poule. L'opéré travaille et se croit guéri.

Ce succès, ne fût-il que temporaire, est encore très-considérable, et, ajouté aux précédents, est un encouragement à tenter la même opération dans les cas analogues. (*Union méd.*, nº 4.)

LITHOTRITIE. *Modifications à la lithotritie périnéale.* Après la section de l'urèthre sur le cathéter, on sait que M. Dolbeau dilate la portion prostatique de l'urèthre et le col vésical avec un instrument composé de six lames métalliques s'écartant parallèlement dans une étendue de 2 centimètres. Son volume ne permet pas de l'introduire du premier coup dans la vessie, surtout dans le cas de prostate volumineuse comme chez les vieillards. Il ne peut ainsi pénétrer qu'après un temps parfois considérable et les lames pointues étant écartées peuvent s'égarer dans les parties molles et blesser l'urèthre, la prostate, la vessie. De là des infiltrations urineuses. C'est le temps le plus long et le plus dangereux.

Pour y remédier, M. Trélat avait coiffé ses lames d'un capuchon qui est resté une fois dans la vessie. M. Guyon imagina alors un dilatateur formé de quatre tiges métalliques susceptibles d'écartement et terminées sur un petit bouton unique. Après l'avoir essayé sur le cadavre, M. Duplay l'a employé sur le vivant de la manière suivante. Parvenu d'emblée dans la vessie, les valves en sont dilatées avec des mandrins creusés de quatre cannelures destinées à recevoir les quatre tiges métalliques du dilatateur. Ces mandrins sont de grosseur progressivement croissante. C'était sur un garçon de dix-sept ans ayant un calcul comme un gros œuf. La dilatation dura sept ou huit minutes, sans aucun accident, et l'opéré guérit parfaitement.

Sur un homme de soixante ans, ayant un calcul énorme avec hypertrophie de la prostate, susceptibilité très-vive du

col vésical et accidents graves de la vessie, la lithotritie périnéale, pratiquée le 5 novembre dernier, fut aussi facile que dans le cas précédent. La dilatation ne dura pas plus de sept à huit minutes. C'est donc là une modification très-importante.

M. Duplay a aussi modifié le casse-pierre dans l'articulation des branches, afin de prévenir plus sûrement le glissement du calcul. Il a rendu également les bords des cuillers des tenettes demi-tranchants, afin de couper les angles des calculs qui les dépassent et peuvent ainsi blesser, déchirer le col en passant. Avec ces perfectionnements dans l'appareil instrumental, la lithotritie périnéale a beaucoup plus de chance de se généraliser. (*Soc. de chir.*, 24 novembre.)

LUXATIONS. Luxations du rachis. *Déchirure de l'aorte.* Cet accident rare et mortel a été constaté anatomiquement par M. le docteur Vast, chirurgien de l'hôpital de Vitry-le-Français, sur un couvreur de quarante-trois ans qui, en voulant dresser une longue échelle, tomba en arrière sur l'un de ses montants et succomba instantanément. Tous les organes furent trouvés parfaitement sains à l'autopsie. Un énorme caillot de sang noir épanché entre les lames du mésentère à gauche fut le signe révélateur des lésions. Soulevant la masse intestinale, un amas de sang entourait les vaisseaux prévertébraux avec rupture complète de l'aorte abdominale siégeant à environ 10 centimètres au-dessus de sa bifurcation.

L'artère est coupée net, la section est circulaire; la tunique celluleuse seule paraît un peu éraillée; les autres sont comme sectionnées par un instrument très-tranchant : le bout supérieur est distant de l'inférieur de plusieurs centimètres.

Immédiatement en arrière s'observe une saillie assez considérable, d'environ 3 centimètres, formée par le corps de la première vertèbre lombaire. Le ligament intervertébral a été arraché, le grand surtout ligamenteux rompu, les articulations latérales, transverso-costales et autres, sont dissociées et les apophyses transverses brisées en plusieurs points : la douzième vertèbre dorsale est refoulée en arrière; c'est donc là une luxation incomplète en avant de la première vertèbre lombaire sur la dernière dorsale. (*Tribune méd.*)

Luxation du pénis. Au cas unique décrit par Nélaton, le docteur Moldenhauer en joint un second qui montre bien la réalité de ce déplacement. Il s'agit d'un charretier de cinquante-sept ans qui, étant ivre, tomba de sa voiture de manière que les roues lui passèrent sur le corps à la hauteur des parties génitales.

L'extravasation sanguine était telle, à l'examen, qu'il fut impossible de découvrir le gland ni le pénis. Toutes les tentatives pour le cathétérisme furent infructueuses. Pas de douleurs ni spontanées ni provoquées.

Dès le lendemain, le scrotum était si tendu et donnait lieu à une odeur urineuse si marquée, que, dans l'impossibilité du cathétérisme, une large incision fut pratiquée de la racine de la verge au périnée suivant la ligne du raphé. L'urine s'écoula en abondance en produisant une vive sensation de brûlure, mais sans que l'on pût découvrir le pénis, malgré les tentatives répétées à cet effet.

Au dixième jour, un abcès se montra au niveau de l'épine iliaque antérieure gauche. Une incision donna issue à une abondante collection de pus et dès lors l'urine, qui s'était écoulée jusque-là par la plaie scrotale, commença à couler en plus grande quantité par l'ouverture de cet abcès, quelle que fût la position du blessé.

Tentant de nouveau le cathétérisme, M. Moldenhauer introduisit une sonde dans la plaie, qui vint sortir par l'ouverture de l'abcès iliaque. Laissée à demeure, elle donnait issue à l'urine par ses deux extrémités. Soupçonnant alors que le pénis se trouvait dans cette direction, il divisa les téguments qui recouvraient la sonde et, en la retirant, il vit au fond de la plaie, à une assez grande profondeur, la verge parfaitement intacte avec le gland adhérent à la face interne du prépuce, et cachée dans *la couche cellulo-adipeuse recouvrant les muscles abdominaux*.

Le cathétérisme montra que l'urèthre était intact. Le gland fut isolé aisément des parties immédiates, mais le reste du pénis adhérait si intimement aux muscles abdominaux qu'il parut imprudent de l'en détacher, d'autant moins que la miction s'effectuait sans difficulté.

La cicatrisation de la plaie du scrotum fut longue à s'opérer. Un an après ces accidents, le pénis était toujours adhérent à la paroi abdominale jusque près du gland qui

était découvert et assez mobile de manière que la miction avait lieu sans difficulté. De temps à autre, des érections douloureuses s'y faisaient sentir. Le blessé refusa alors toute opération autoplastique tendant à remettre le pénis dans sa situation normale. (*Siglo medico*, 7 mars.)

Ce fait, très-curieux, inspire bien des réflexions. Comment ce déplacement a-t-il pu s'opérer ? Est-ce par rétraction d'abord et direction vicieuse ensuite ? D'après le silence absolu de l'observateur, on ne peut faire que des suppositions à cet égard.

Luxation du poignet. *Caractères différentiels.* Un jeune homme tombe d'une balançoire la main étant prise entre le dos et le sol ; une déformation du poignet en résulte. Admis six jours après, le 27 avril, à l'hôpital Cochin, il présente une luxation du poignet en avant, sans gonflement ni rougeur, avec dépression profonde sur la face dorsale à un travers de doigt de la saillie répondant à la mortaise radio-cubitale. Sur la face palmaire, il y avait saillie du tendon du grand palmaire et des éminences thénar et hypothénar; l'axe de la main était dévié en dehors. La déformation caractéristique était le dos de fourchette en bas, c'est-à-dire en sens opposé à celle de la fracture du radius. La flexion forcée du poignet était le seul mouvement douloureux; d'où le diagnostic de *luxation médio-carpienne en avant incomplète*, par M. Després.

Pour MM. Perrin et Tillaux, c'était une luxation carpo-métacarpienne. Afin d'en décider, il s'agissait de déterminer exactement le niveau de la luxation par une ligne à l'encre. L'articulation du trapèze avec le premier métacarpien servit à la tracer. L'articulation intracarpienne, normale, se trouve à 12 millimètres environ au-dessus de cette ligne, tandis que celle de la luxation était à un centimètre chez le blessé. Il s'agissait donc bien d'une luxation médio-carpienne.

Un autre jeune homme tombe d'un premier étage sur le dos, la main gauche prise sous le corps et portant sur le sol par la face dorsale. Une vive douleur en résulte et l'incapacité de service du membre. A son entrée, le lendemain 9 mars, à l'hôpital Lariboisière, M. Tillaux constate la flexion de la main en avant, sans que le malade puisse la relever, avec saillie considérable du talon. Gonflement mo-

déré sans contusion au niveau du carpe et du métacarpe sur la face dorsale. Pas de déviation latérale de la main sur l'axe de l'avant-bras. L'unique anomalie est une dépression sur la face dorsale, limitée en haut par la deuxième rangée du carpe, avec saillie sur l'autre face correspondant à la dépression. C'était une *luxation carpo-métacarpienne.*

Après le moulage en plâtre de ces deux déplacements, il suffit, dans le premier, de la flexion forcée du poignet maintenu par un bandage, pour réduire la luxation; tandis que l'extension fut nécessaire dans le second, avec immobilisation de la main sur une planchette.

Les caractères différentiels sont donc, pour la luxation médio-carpienne, le défaut de saillie du talon de la main avec conservation des mouvements; pour la luxation carpo-métacarpienne, la saillie considérable du talon de la main et l'impossibilité des mouvements. La dépression profonde qui existe sur le dos de la main dans les deux cas se trouve bien plus haut dans la première que dans la seconde. (*Soc. de chir.*, mai.)

M

MAL DE POTT. Il peut déterminer la cécité comme il détermine la paralysie; cela dépend de son siége. Chez un jeune homme aveugle, M. Abadie ayant constaté à l'ophthalmoscope une atrophie simple des deux papilles, ne crut pas, d'après les commémoratifs, qu'il s'agissait d'une atrophie essentielle des nerfs optiques. L'exploration de la colonne vertébrale révéla une carie de la première vertèbre dorsale dont les débuts avaient coïncidé avec l'apparition des troubles oculaires.

De là l'indication d'examiner, en pareil cas, la colonne vertébrale, puisqu'une lésion osseuse ou des méninges spinales peuvent entraîner l'atrophie des nerfs optiques considérée jusqu'ici comme idiopathique. Si ces lésions oculaires n'ont pas encore été signalées, c'est que, d'une part, la lésion osseuse peut guérir sans laisser de traces lorsqu'elle est très-limitée et que, de l'autre, les complications oculaires ne surgissent que lorsque le centre cilio-spinal est atteint comme dans le cas actuel. La gravité du mal de

Pott dépend beaucoup, en effet, de son siége par les complications qui en résultent. Voy. PARALYSIES.

Quoi qu'il en soit, c'est en traitant le mal de Pott directement dès le début que l'on pourra arrêter ou diminuer les lésions oculaires. (*Soc. de chir.*, 27 octobre.)

Lait de chienne. Les bons effets qu'il produit sur le rachitisme, la scrofule, l'ont fait employer par le docteur Luzun dans le mal de Pott. Chez une petite fille de six à sept ans, chétive, atteinte d'*excavation rachidienne* avec faiblesse des membres inférieurs et ne pouvant marcher, un demi-bol de lait de chienne par jour amena une guérison, en vingt-cinq jours, que le phosphate de chaux, l'huile de foie de morue, l'iodure de fer n'avaient pu produire. Il amena une grande amélioration dans un second cas de *mal de Pott* chez un autre enfant. (*Bordeaux méd.*, n° 43.)

MALADIES. Leur fréquence est étrangère à leur gravité, dit M. le docteur E. Besnier dans son *Rapport* sur les maladies régnantes. C'est sur la fréquence que les conditions sensibles de l'air agissent d'une manière évidente ; leur gravité se rattache à d'autres causes et les variations qu'elle présente aux diverses époques dépendent de conditions absolument inconnues. C'est ainsi que les maladies des voies respiratoires, dont le mouvement a été de 3682 durant le premier trimestre de 1875 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris contre 3223 en 1874 et 3131 en 1873, n'ont donné lieu qu'à 1041 décès, c'est-à-dire à 28,27 pour 100, tandis que cette proportion de mortalité avait été supérieure dans les deux années précédentes.

Ce manque de concordance, très-fréquent, entre le nombre et la gravité, ajoute M. Besnier, constitue un fait, non pas particulier aux affections des voies respiratoires, mais propre à la plupart des maladies populaires, qui n'a pas été suffisamment compris ni signalé et qui ne peut être démontré que par l'application exacte des études statistiques à l'épidémiologie que les médecins théoriciens ont encombrée de tant d'assertions non fondées. Ce fait a été établi d'une manière incontestable pendant la durée des grandes épidémies de choléra, de variole, de fièvre typhoïde, etc. (*Union méd.*, n° 50.)

Traité des maladies et épidémies des armées, par A. Laveran, médecin-major, professeur-agrégé au Val-de-Grâce, un volume grand in-8° de 736 pages. Paris.

C'est le cours des maladies et épidémies des armées professé par M. Laveran, inspecteur du service de santé, pendant de longues années à l'école du Val-de-Grâce, qui a été recueilli, classé et disposé sous forme didactique par le fils avec un historique complet et une bibliographie des ouvrages analogues. Comme le cours, le livre est divisé en maladies saisonnières, climatériques, telluriques, typhoïdes, virulentes, d'alimentation, en petites et en grandes épidémies.

Trattato sulle malattie degli organi orinari (Traité des maladies des organes urinaires), par le professeur Giuseppe Corradi (de Florence).

Le premier volume seul est paru dès 1874 et les autres suivront. Le prix d'Argenteuil accordé à l'auteur par l'Académie de médecine de Paris et le grand prix Riberi par celle de Turin montrent assez le mérite de l'auteur pour dénoter celui de l'ouvrage. Ce premier volume est divisé en trois parties : La première contient les notions chimiques nécessaires pour l'examen de l'urine, les dépôts et les calculs qui s'y rencontrent ; quatre tableaux synoptiques des calculs en montrent les caractères physiques et chimiques. L'anatomie chirurgicale des voies urinaires forme la seconde partie avec une description tout originale du périnée sous le titre de *pyramide périnéale*. La troisième partie est consacrée à la thérapeutique chirurgicale.

De la localisation dans les maladies cérébrales, thèse présentée au concours pour l'agrégation en médecine, par le docteur R. Lépine, médecin des hôpitaux. Paris.

Maladie de Ménière. — Voy. Vertiges.

MÉDECINE LÉGALE. *Gauchers et droitiers*. Des pesées comparatives du squelette des membres supérieurs, faites par M. A. Poncet, lui ont fourni une solution mathématique de la question de savoir si le sujet était droitier ou gaucher. Une différence moyenne de 17 grammes du poids total de

l'humérus, le radius et le cubitus du membre supérieur droit a été constatée chez 18 individus droitiers sur celui des mêmes os du côté gauche. Au contraire, la même différence a été constatée sur ceux-ci chez des gauchers, savoir : 13 grammes sur une fille de trente-deux ans et 3 grammes sur une petite fille de sept ans.

A la naissance, le poids est sensiblement égal des deux côtés. Il est probable qu'il reste ainsi tant que l'exercice plus grand d'un côté ne vient augmenter le volume, le développement du membre. C'est ainsi que le pied et la main droits sont généralement plus forts chez les droitiers. Les gantiers et les bottiers le savent bien. C'est en général au milieu de la vie que la différence de pesanteur des os est le plus marquée; elle diminue au contraire avec l'âge.

Ces données peuvent avoir une grande importance en médecine légale aussi bien pour constater l'identité, que dans les cas de suicide ou d'assassinat. Avec ces pesées, le médecin expert pourra décider si la victime était gauchère ou droitière, comme M. M. Allier et Poncet ont pu le décider aux dernières assises de l'Ain, dans le procès Samuel Gros. (*Gaz. hebd.* n° 36.) — Voy. Oreille.

MÉNINGITE. Quoique assez fréquente dans le cours de la pneumonie et surtout celle du sommet, on n'en connaît guère le mode de production. Deux thèses récentes, en contenant 17 observations nouvelles, n'éclairent en rien ces méningites symptomatiques. Ce sont celles de M. Verneuil (*De la congestion et de l'inflammation des méninges cérébrales et spinales dans la pneumonie*, Paris, 1873) et celle de M. Surugue, inspirée par M. Vulpian (*De la méningite compliquant la pneumonie*, Paris, 1875).

M. Laveran a cependant risqué une explication à ce sujet. Les troubles vaso-moteurs du grand sympathique cervical, déterminés par l'inflammation du poumon, produisant des troubles fonctionnels divers très-appréciables de ce côté, comme la congestion, la rougeur des pommettes, la dilatation des pupilles, le délire, etc., il en conclut que ces troubles circulatoires prédisposent à l'inflammation, mais sans aucune preuve plus concluante. C'est une simple appréciation. — Voy. Pneumonie.

Chémosis conjonctival. Ayant observé ce signe très-prononcé, entourant la cornée, avec plaques hémorrhagiques disséminées sous la conjonctive soulevée, chez un enfant de trois mois, bien venant jusque-là, quoique né d'une mère lymphatique et chloro-anémique, M. le docteur Fieuzal, en sa qualité d'ophthalmologiste, lui accorde une attention spéciale et le rapporte directement à la méningite dont cet enfant est mort cinq jours après. A ce phénomène local, accompagné d'œdème, succéda la fièvre avec une rougeur diffuse, érysipélateuse du front, angoisse respiratoire, obscurité du murmure vésiculaire, matité et souffle bronchique à droite qui firent croire, comme cela a lieu bien souvent, à une broncho-pneumonie essentielle. Elle n'était que symptomatique de l'affection cérébrale. Après quelques alternatives de mieux, les phénomènes ophthalmoscopiques s'accentuèrent ainsi que la compression cérébrale, le strabisme convergent, la cessation des cris, les mouvements de mâchonnement avec écume et les contractions musculaires terminèrent la scène.

L'auteur explique la formation de ce chémosis par la communication découverte par Schwalbe entre l'espace sous-arachnoïdien et le feuillet conjonctival au moyen de la gaîne interne du nerf optique.

Une injection poussée dans l'espace sous-arachnoïdien passe ainsi à travers le trou optique, dans l'intervalle compris entre la gaîne externe et la gaîne interne du nerf optique, de manière à soulever, d'une part, la lame criblée en produisant un état pareil à l'œdème rétinien péripapillaire, et, d'autre part, à fuser à travers le tissu cellulaire qui double la capsule de Tenon et l'espace périchoroïdien, jusqu'à la conjonctive qui se laisse distendre en formant le chémosis, dont l'œdème palpébral n'est dès lors qu'une conséquence naturelle par voie de propagation. (*Trib. méd.*, 25 juillet.)

Méningite spinale rhumatismale. *Chloral.* Un corroyeur de trente-sept ans, travaillant presque constamment dans l'eau, non rhumatisant, fut pris de fièvre avec céphalalgie, anorexie, crampes dans les mollets, les cuisses, douleur et contraction des muscles de la partie postérieure du cou. Entré à l'hôpital trois semaines après, il

présente une rigidité avec contraction de cette région, douleur au niveau des apophyses épineuses vertébrales, engourdissement dans les bras, contracture des muscles des membres inférieurs les maintenant dans l'extension avec anesthésie et contractures fibrillaires. Céphalalgie diffuse et étourdissements sans fièvre ni trouble fonctionnel du rectum ni de la vessie.

Cet état dura trois mois avec quelques rémissions malgré l'emploi de la quinine, du tartre stibié, de la belladone, de l'iodure de potassium seuls ou associés, des bains, des ventouses, lorsque le chloral, ayant été administré à dose fractionnée de 3 à 9 grammes par jour, fut immédiatement suivi d'une amélioration marquée, surtout des accidents tétaniques, et d'une guérison complète en vingt jours. Aucun autre phénomène d'intoxication chloroformique qu'un peu d'hébétude somnolente, une douce ivresse sans excitation, hallucinations, rêvasseries ni modifications pupillaires ne se manifestèrent malgré l'élévation rapide des doses.

Les symptômes signalés, joints à l'absence de troubles cérébraux, l'immunité de la vessie et du rectum, l'absence de toute paralysie et la guérison relativement rapide, ne permettent-ils pas de supposer que c'était là un rhumatisme spinal ? (*Arch. de méd.*, 1874.)

MERCURE. Entre ceux qui admettent son action anémiante sur le sang et ceux qui la nient absolument (voy. *année* 1874), un médecin russe, le docteur Wilbouchewitch démontre cliniquement qu'il est à la fois l'un et l'autre selon la période à laquelle il est administré. En comptant les globules, suivant le procédé Malassez, avant, pendant et après le traitement mercuriel des syphilitiques, il a constaté que le nombre des globules rouges est toujours beaucoup plus considérable pendant le traitement qu'avant, surtout au début, car il a été trouvé parfois inférieur dans la seconde période de ce traitement, et, celui-ci cessant, leur nombre a augmenté comme une démonstration éclatante que le mercure était seul cause de leur diminution.

Les variations du nombre des globules blancs sont toujours en sens inverse de celles des globules rouges.

D'où la conclusion, que la syphilis est la cause de l'hypo-

globulie constatée avant le traitement et que le mercure l'arrête. Mais comment admettre qu'il arrête et produise ensuite cette hyperglobulie, effet de la syphilis qu'il guérit? Il y a là une contradiction évidente à moins d'admettre que le mercure donné trop longtemps ou à trop forte dose agit comme anémiant. En effet, donné expérimentalement à des animaux, il a constamment amené la déglobulisation en progression uniforme avec le temps et les doses, tandis que l'hypoglobulie cessait avec le traitement. L'hypoglobulie secondaire serait donc pratiquement un signe de cesser l'emploi du mercure dans la syphilis. (*Arch. de phys.*, 1874.)

Suivant le docteur Wreden, l'otologiste allemand, il agit deux ou trois fois plus promptement chez les sujets soumis en même temps à l'iode et *vice versa*. Un biiodure de mercure se formerait dans l'organisme comme dans le creuset par l'administration simultanée, interne ou externe, de ces deux médicaments.

Exemples : Si l'on pratique des onctions mercurielles sur un point de la surface cutanée, et si, après avoir soigneusement lavé cette partie, on la soumet à des onctions iodées, on voit se produire les mêmes accidents inflammatoires qui suivent les onctions avec le biiodure de mercure.

On peut, sans produire d'accidents, instiller dans l'oreille quelques gouttes, soit d'une solution de sublimé (5 à 10 centigrammes dans 30 grammes d'eau), soit d'une solution d'iodure de potassium (1 gramme à 1^{gr},50 dans 30 grammes d'eau). Mais si après l'injection mercurielle, on emploie l'injection iodurée, on voit bientôt une vive inflammation survenir, alors même que l'on aurait eu le soin de n'employer que 25 centigrammes d'iodure dans 30 grammes d'eau et de bien nettoyer l'oreille après l'injection au sublimé.

L'auteur a souvent observé des malades qui supportaient bien des badigeonnages iodés, ne plus les tolérer aussi facilement quand on les soumettait d'autre part au mercure, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur (onctions mercurielles ou décoction de Zittmann). Il a constaté aussi très-souvent que l'usage interne de l'iodure de potassium détermine facilement des signes d'irritation gastro-intestinale chez les sujets qui sont soumis en même temps à des onctions mercurielles, tandis que ces mêmes personnes supportent très-facilement

des doses beaucoup plus fortes d'iodure, quand elles ne sont pas sous l'influence du mercure. (*Allgem. med. central Zeitung.*)

Le mercure serait aussi responsable, d'après une statistique de M. le docteur Jullien, d'une partie des accidents tertiaires et notamment des accidents testiculaires et nerveux. Sur 100 syphilitiques hydrargyrisés *ab initio* et *a secundariis*, c'est-à-dire dans la première et la seconde période, 26 ont présenté ces accidents, tandis qu'il n'y en a eu que 4 parmi ceux qui étaient restés sans traitement... mercuriel. La durée et la gravité de la maladie en seraient même augmentées ; mais, comme l'objecte judicieusement M. Mireur, en présence des 237 cas de cette statistique qui sont parvenus aux accidents tertiaires, après avoir été hydrargyrisés ou non, il n'y a aucun terme de comparaison avec ceux qui en guérissent avant ces accidents ; aucune distinction entre la gravité des cas ni d'éclaircissement pour savoir si les malades non hydrargyrisés avaient subi d'autre traitement. Toutes ces données sont indispensables à la solution du problème dont M. Jullien n'a ainsi évoqué qu'un facteur. (*Marseille méd.*, n° 5, mai.)

MÉTRITE. *Galvano-cautère.* A cause du refroidissement instantané du cautère actuel qui rend souvent la cautérisation incomplète, M. Siredey cautérise les ulcères fongueux et granuleux du col avec un bouton électrique, de la dimension d'une pièce de un franc, formé par un fil roulé en spirale. Une température élevée peut être maintenue ainsi autant qu'il est nécessaire. Quatre malades ainsi traitées à l'hôpital Lariboisière n'ont accusé aucune souffrance, et, en gardant le repos le plus absolu dans les salles, elles n'ont pas présenté la moindre réaction fébrile ni inflammatoire. La guérison était complète après une à cinq cautérisations.

Dans la métrite parenchymateuse sans ulcération, M. Siredey enfonce dans le col, à une profondeur de 4 à 8 millimètres, la pointe mousse du galvano-cautère ou pointe de feu. Cinq malades ainsi traitées ont présenté quelques complications (périmétrite, phlegmon du ligament large). Quoique paraissant dues à des imprudences, ces complications doivent ne faire employer ce traitement qu'avec réserve.

Traitement de la métrite parenchymateuse chronique étudiée surtout au point de vue de la cautérisation électrique. Thèse inaugurale contenant les observations cliniques précédentes, par Boda; Paris.

Métrite traumatique pendant la grossesse. Elle semble être la conséquence de coups, de contusions ou de chutes sur l'abdomen, et entraîner ainsi, si elle n'est pas traitée convenablement, l'adhérence intime du placenta avec l'utérus et toutes ses graves conséquences. Telle est du moins l'interprétation logique à donner aux observations suivantes :

Une belle et forte campagnarde pluripare, enceinte de cinq mois, ayant reçu un coup sur l'abdomen, eut, quelques jours après, un écoulement rougeâtre qui augmenta graduellement en couleur et en quantité jusqu'à devenir une hémorrhagie profuse avec fièvre et douleurs dans l'estomac.

Le docteur Landau consulté diagnostiqua une hypérémie locale de l'utérus avec déchirure ou rupture consécutive des vaisseaux utérins. Il prescrivit en conséquence le séjour au lit avec emploi de la digitale contre l'hémorrhagie et de l'opium contre les contractions utérines et l'avortement.

La grossesse suivit en effet sa marche sans accident et le travail se déclara à terme en marchant d'abord régulièrement. Puis les contractions s'arrêtèrent et, malgré les moyens thérapeutiques et mécaniques, il fallut une application de forceps pour terminer l'accouchement.

Le placenta, adhérent à l'utérus par toute sa surface, fut détaché avec difficulté ; une hémorrhagie considérable s'ensuivit et ce ne fut qu'après une longue convalescence que la guérison fut obtenue. (*Med. chir. Centralblatt.*)

Il est logique de rapporter tous les accidents, selon M. le docteur Verrier, au coup reçu sur le ventre. Si le traitement a pu conjurer l'hémorrhagie et l'avortement, l'endométrite n'ayant pas été traitée localement a amené l'inertie de l'utérus et l'adhérence du placenta, qui ont ensuite mis la vie de la femme en danger. D'où l'indication de traiter au moins localement par des émissions sanguines, des bains, la marche latente de cette endométrite pour prévenir ces redoutables conséquences.

Elles furent ainsi conjurées chez une femme de vingt-six ans, renversée, au sixième mois d'une seconde grossesse, par la violence du choc d'une petite voiture à bras dont le coup avait porté à la partie inférieure et médiane de l'hypogastre. Les battements du cœur et les mouvements du fœtus étant obscurs, M. Verrier pratiqua une saignée le troisième jour. Une perte avec contractions survint le lendemain. L'opium arrêta le commencement de travail et, sur l'utérus fortement endolori, des frictions mercurielles furent pratiquées. L'accouchement d'une petite fille vivante eut lieu à terme, après un travail de quatre heures suivi de l'expulsion spontanée du placenta. On peut donc admettre que le traitement, différent du premier, n'a pas été sans influence sur la bénignité des suites. (*Gaz. obstétr.*)

MORT. Elle pourrait être subitement produite par l'influence de la douleur chez les grenouilles, mais rien n'indique qu'il en soit de même sur l'homme. La mort apparente serait aussi un danger de la farado-puncture du cœur (voy. *ce mot*). Mais des faits cliniques et nécroscopiques montrent que la mort subite peut être déterminée par la thoracentèse et la présence de cysticerques dans le cerveau. — Voy. CYSTICERQUES, THORACENTÈSE.

MYÉLITES. Malgré le nombre infini d'espèces et de variétés créé par les anatomo-pathologistes modernes, ce n'est pas le plus souvent sous ce titre qu'elles sont décrites, mais sous celui de *paralysies* qui en sont le résultat. Le plus souvent on ne reconnaît les lésions qu'elles produisent qu'à l'autopsie, tant sont obscures, sourdes et variées, leurs manifestations symptomatologiques. On attend ainsi à agir pour mieux les reconnaître et la mort arrive souvent avant qu'on ait rien fait, alors qu'il serait nécessaire d'appliquer localement des révulsifs énergiques dès la première menace et au moindre soupçon. En voici un nouvel exemple.

Un homme avait été pris le 1er janvier de frissons avec courbature et perte d'appétit ; puis de douleurs dans le pouce gauche et ensuite dans le bras. A son entrée quelques jours après à la Pitié, M. Vulpian constate une grande faiblesse du membre supérieur dont la motilité diminua rapidement sans

action des courants faibles. Sensibilité intacte. Température à 40 degrés.

Dysphagie marquée au troisième jour. La bouche, remplie de mucosités, augmenta la dyspnée et le malade mourait asphyxié le huitième jour sans qu'il soit fait mention d'aucune médication.

L'autopsie montra la moelle cervicale hypérémiée avec altération des cornes antérieures et destruction des cellules motrices. De nombreux éléments nucléaires étaient répandus dans la gaîne des vaisseaux. (*Société de biol.*, 17 avril.)

Ces myélites cervicales ne sont pas accompagnées de douleur, mais parfois la paralysie débute par les membres inférieurs, et n'atteint que consécutivement les membres supérieurs. Il est évident que le seul moyen de les prévenir, c'est d'établir, dès le début des accidents, une cautérisation étendue sur les côtés de la colonne vertébrale. — Voy. PARALYSIE SPINALE ASCENDANTE.

Myélite centrale aiguë. C'est sous ce titre, employé par M. Hayem, que paraissent devoir être rangées deux nouvelles observations décrites par M. Dumontpallier sous le nom d'*hématomyélie*. D'autres observateurs ne voyant que l'effet produit les ont appelées *paralysies ascendantes aiguës*, mais c'est évidemment confondre l'effet avec la cause. Voici les nouveaux faits à l'appui.

Un homme de quarante-six ans fut apporté dans le service de M. Dumontpallier, à la fin de décembre 1874, pour une paralysie complète des deux jambes. Aucun mouvement n'était possible, mais la sensibilité était conservée, un peu obtuse seulement à la partie interne de la jambe gauche. Incontinence des urines et des matières fécales; rougeur érythémateuse de la région sacrée suivie bientôt d'eschare. Intelligence nette, pas de souffrance. Après une faiblesse passagère des jambes, la paraplégie était survenue vingt-quatre heures après.

Bientôt la poitrine s'embarrassa avec des râles de bronchite et d'œdème, la fièvre survint et la mort. L'autopsie confirme le diagnostic de ramollissement central hémorrhagipare à forme ascendante. Un ramollissement rosé hémorrhagique de la substance grise, surtout dans le segment

inférieur, existait depuis le renflement lombaire jusqu'à la partie inférieure de la région cervicale de la moelle. Aucune autre altération, sinon un engorgement des poumons.

La faiblesse prodromique peut être suivie d'une amélioration temporaire. C'est ainsi qu'un machiniste de théâtre sentit, en s'en retournant le soir, une si grande faiblesse des jambes qu'il fut obligé de prendre une voiture. Il était portefeuilliste dans le jour et adonné aux boissons alcooliques. En se rendant à pied le lendemain au théâtre, les jambes lui manquèrent de nouveau. La paraplégie fut complète cette fois avec la sensation de barre et les autres troubles habituels. Il mourut peu de jours apıès et présenta les mêmes lésions que qans le cas précédent. (*Soc. méd. des hôp.*, mars, et *Union méd.*, n° 34.)

C'est sous le nom de *myélite aiguë généralisée* que M. Gérin-Rose décrit le cas semblable d'un charron de quarante-six ans, vigoureux et bien musclé, entré, le 30 juillet 1874, dans son service à l'hôpital Beaujon. Il avait senti tout à coup ses jambes fléchir lorsqu'il travaillait et s'était affaissé sur le sol. La paralysie n'était pas encore absolue et il put rentrer chez lui à pied aidé de deux camarades. Elle était complète, au contraire, dans les quatre membres à son entrée, mais avec persistance de la sensibililité et de l'intelligence. Il raconte ainsi avoir éprouvé une violente attaque de céphalalgie trois mois auparavant, disparue à la suite d'un purgatif. Une nouvelle attaque eut lieu quinze jours avant la paralysie, sans que trois purgatifs consécutifs l'aient enrayée. Elle avait disparu spontanément quatre jours avant l'apparition des accidents.

Malgré l'usage du bromure de potassium, tous les phénomènes augmentent de jour en jour et il succombe le douzième avec miction facile et constipation persistante. L'autopsie montre un ramollissement inflammatoire de la moelle avec congestion des plus vives et épanchement de sérosité louche dans l'arachnoïde. La moelle était boursouflée au point de faire hernie à travers une incision des méninges et paraissait altérée dans toute son épaisseur. Et pourtant il faut admettre qu'une partie de la substance grise était intacte pour livrer passage à la sensibilité. (*Idem*, n° 90.)

Myélite ascendante. L'arrachement ou la section d'un nerf pouvant y donner lieu, d'après les expériences de M. Hayem, il devenait intéressant de poursuivre les recherches sur cette lésion. L'auteur a constaté qu'elle s'étend parfois du côté opposé de la moelle. La contusion des nerfs ou leur piqûre avec une aiguille enduite de nicotine a amené constamment une myélite du côté correspondant à ces lésions. Mais, après un mois, elle a gagné le côté opposé avec altération des substances blanche et grise et méningite concomitante. Ainsi s'expliqueraient, selon M. Charcot, les atrophies et les paralysies qui passent lentement d'un côté à l'autre et ces formes complexes ou hybrides des manifestations de la sclérose médullaire. (*Soc. de biol.*, juillet.) — Voy. ATROPHIE.

Chorée électrique. — Voy. *ce mot*.

Notes sur les myélites d'après les travaux français récents par M. E. Clément, médecin des hôpitaux de Lyon ; brochure in-8° de 80 pages extraite du *Lyon médical*, 1874 ; Paris. Classification des différentes espèces de myélites admises aujourd'hui d'après les recherches contemporaines. Divisées en aiguës et chroniques, elles se subdivisent ensuite en circonscrites et généralisées, interstitielles ou diffuses et parenchymateuses. Les myélites aiguës lombo-dorsales et cervico-dorsales sont ainsi circonscrites et interstitielles. Limitée au parenchyme des cornes antérieures, la myélite produit la paralysie atrophique de l'enfance et la paralysie spinale aiguë de l'adulte ; si elle occupe les noyaux bulbaires, c'est la paralysie glosso-labio-laryngée aiguë. Généralisée et interstitielle, elle produit la paralysie spinale ascendante et le tétanos traumatique quand elle est limitée à la substance grise.

Chroniques, les myélites parenchymateuses, c'est-à-dire qui attaquent l'élément propre et tubulaire du tissu nerveux, sont distinguées en primitives ou secondaires, et prennent le nom de scléroses fasciculées lorsqu'elles s'attaquent à la substance blanche. Si elles occupent les bandes externes des cordons postérieurs, l'ataxie locomotrice progressive en résulte ; si c'est la bandelette médiane qui est lésée, c'est la sclérose primitive des cordons de Goll et ainsi

des cordons latéraux et des cornes antérieures, d'où la sclérose latérale amio-trophique.

Lorsque cette forme de myélite règne dans la substance grise, elle donne lieu à l'atrophie musculaire progressive si elle occupe les cornes antérieures, et à la paralysie glosso-labio-laryngée si ce sont les noyaux du bulbe.

On n'en finirait pas s'il fallait tout indiquer; ce qui précède suffit pour montrer à quelles distinctions infinitésimales on en est arrivé. L'extrême division analytique équivaut ainsi au chaos de la confusion primitive.

MYOME INTESTINAL. *Expulsion par l'anus.* Un fait probablement unique a été observé par le professeur Pellizzari (de Florence) sur une jeune couturière. Se sentant courbaturée et fébricitante, elle fit appeler le docteur Tommasi le 30 juillet 1872 qui, en palpant le ventre, sentit, dans la fosse iliaque droite, une tumeur globuleuse et allongée, très-volumineuse, qu'il supposa être ovarique. Le diagnostic fut confirmé par un consultant, bien que la malade n'eût jamais éprouvé de douleurs dans le ventre ni de troubles dans les fonctions intestinales ni utérines. Elle n'accusait qu'une sensation de poids dans le petit bassin et une légère tuméfaction de l'abdomen.

Des douleurs intestinales légères, mais croissantes, furent supportées jusqu'en août 1874, qu'elles se changèrent en coliques violentes avec entérite, vomissements, constipation et fièvre. On calma ces souffrances, mais, le 2 octobre, les douleurs s'accroissent, la constipation est insurmontable, on peut croire à un volvulus et à une mort imminente. Cet état se prolonge néanmoins jusqu'au 18. La malade pousse alors un cri aigu, accuse un violent besoin de défécation; les efforts se renouvellent et, après un spasme effrayant, elle expulse tout à coup par l'anus une masse charnue très-volumineuse suivie de plus de trente livres de matières fécales et de gaz intestinaux. La malade en est aussitôt considérablement soulagée; elle se sent revenir à la vie malgré son profond abattement. Elle entre rapidement en convalescence et peut en quelques jours reprendre ses occupations.

A l'examen, cette tumeur charnue, qui a été soumise à la Société de médecine de Florence le 22 novembre 1874, pe-

sait 500 grammes environ. Sa forme était bizarre, arrondie d'un côté; elle était allongée en cône de l'autre et se terminait en massue. Le microscope y découvrait un amas considérable de fibres lisses. C'était donc un myome dont l'origine était dans la couche musculeuse interne ou sous-muqueuse des parois intestinales. D'après sa forme et sa constatation, on peut même conclure que c'est dans le cæcum qu'elle a pris naissance. Elle s'est pédonculée en grossissant, puis elle s'est détachée, et, cheminant petit à petit à travers le côlon ascendant, elle a donné lieu aux coliques, à la constipation, au ballonnement du ventre; continuant lentement sa marche vers le côlon transverse, elle occasionna les vomiturilions, produisit des douleurs plus vives, puis la péritonite et tout cet état grave que présenta la malade. Mais la présence même de ce corps mou, oblong, excitait des contractions musculaires plus énergiques dans le gros intestin, qui, le pressant, lui firent tout à coup traverser la courbe du côlon descendant, et enfin l'S iliaque et le rectum, d'où des efforts violents le chassèrent par l'anus.

Tout bien considéré, l'histoire anamnestique, l'examen primitif, sans prévention, fortuit, pour ainsi dire, du médecin traitant, la succession des symptômes morbides, leur valeur clinique et pathologique, le dénouement de cet appareil morbide, la conformation de la tumeur, sa structure anatomique, on peut conclure avec beaucoup de probabilité que c'est là un cas de myome de l'intestin, et, pour mieux préciser, des parois du cæcum; tumeur qui, après s'être détachée de la couche musculaire interne, s'est fait jour spontanément au dehors. (*Imparziale*, n° 3, et *Marseille méd.*, n° 4.)

N

NÉCROLOGIE. C'est surtout aux élèves en médecine et aux jeunes médecins que l'année a été fatale. Plusieurs ont payé de la vie leur dévouement à leurs malades. La variole en a moissonné plusieurs à l'hôpital temporaire à Paris. Vallérian, nommé interne à vingt-deux ans, et dont le passé et le présent promettaient un brillant avenir, a ouvert cette série de morts regrettables, où quatre autres élèves l'ont suivi en continuant à soigner les varioleux.

L'angine diphthéritique, contractée à l'hôpital des Enfants de Paris, a aussi enlevé Henri Gipoulou, l'ami intime de Vallérian, mort comme lui victime de son dévoûment, à vingt-quatre ans. A l'hôpital Sainte-Eugénie, c'est Gary, l'externe distingué, qui meurt du croup contracté dans son service. Enfin, Bermond, l'interne très-distingué des hôpinaux de Lyon, succombe à une infection purulente contractée en pansant ses malades.

Et comme pour disputer ce triste honneur du dévoûment aux médecins français, le docteur Felice Fromenti a succombé à la même affection prise à l'hôpital de Melegnano, où la diphthérite sévissait épidémiquement. En Espagne, c'est Léon Roces, âgé de vingt ans, qui, dans son dévoûment à ses blessés sur le champ de bataille, au terrible combat de Campanes, tomba victime de la fureur des carlistes.

Toutes ces preuves du dévoûment de la jeunesse ont leur enseignement. C'est d'abord la revaccination obligatoire de tous les élèves en médecine avant leur entrée dans les hôpitaux et l'habitude de grandes précautions dans les pansements des maladies contagieuses ; les chefs de service ne sauraient trop leur rappeler. Ces pertes sont doublement douloureuses et regrettables en pensant que, avec plus de soin, elles auraient pu être évitées.

Adams (*Robert*), le doyen des chirurgiens irlandais, a succombé à Dublin, le 13 janvier, âgé de quatre-vingt-quatre ans. Professeur de chirurgie au collége de la Trinité et chirurgien consultant des hôpitaux de Dublin, il fut élu à trois reprises président du Collége des chirurgiens dont il était considéré comme le représentant le plus autorisé. Sans être un brillant opérateur, il était un des plus heureux en raison de son bon jugement sur l'opportunité d'une opération. La distinction de *baronnet* fut réclamée bien des fois par la presse locale comme une récompense méritée de ses travaux et de ses longs services; mais il était Irlandais.

Aubert-Roche (*Louis-Rémy*), le médecin courageux qui s'illustra en Egypte par son dévouement aux pestiférés et son étude de la peste et des quarantaines, a cessé de vivre le 28 décembre 1874, âgé de soixante-quatre ans. Enthousiaste et généreux, il porta de bonne heure ombrage au gou-

vernement français par ses opinions républicaines et fut obligé de s'expatrier. C'est ainsi qu'il se dirigea en Égypte et devint médecin de l'hôpital d'Alexandrie. Après vingt ans de séjour en France, il retourna en Égypte comme médecin en chef de la Compagnie du canal de Suez où il remplit le rôle de médecin hygiéniste surtout pendant douze ans pour les travailleurs de cette grande œuvre. Il venait de rentrer définitivement dans sa patrie, lorsqu'une affection cérébrale l'a rapidement enlevé.

Bennett (*Hughes-John*), l'un des médecins anglais qui a fait le plus d'efforts pour l'enseignement de la médecine exacte, soit comme professeur de clinique, soit comme écrivain, a succombé à Norwich le 23 septembre, à soixante-trois ans. Ses nombreux travaux ne peuvent être énumérés ici, mais c'est surtout comme physiologiste et clinicien qu'il se distingua. Il fut le premier à se servir du microscope et à enseigner l'histologie. Le premier cas de leucocythémie lui appartient. Après avoir vulgarisé l'emploi de l'huile de foie de morue dans les affections tuberculeuses, il s'est élevé contre l'abus du mercure. L'Angleterre a perdu en lui l'un de ses vulgarisateurs et de ses médecins les plus célèbres. Aussi est-il aussi généralement regretté qu'il était estimé.

Bermond (*Louis*), interne très-distingué des hôpitaux de Lyon, a succombé à une infection purulente contractée en faisant les pansements de son service avec une petite écorchure du médius gauche. Tout allait bien lorsque, avec l'énergie qu'il apportait dans tous ses actes, il voulut venir passer son premier examen à Paris. Il le passa, mais au prix de sa vie. Tous les accidents reparurent et, huit jours après, il était couché dans la tombe à vingt-cinq ans! C'est une grande perte par l'avenir que ce jeune homme promettait et un exemple pour tous ses condisciples.

Boys de Loury, chirurgien en chef de l'hospice Saint-Lazare, secrétaire général et président de la Société de médecine de Paris, a succombé au mois de janvier âgé de soixante-douze ans. Il s'était fait connaître par d'excellents travaux et distingué surtout comme médecin-légiste. Son caractère honorable et ses nombreux travaux lui avaient

valu une grande notoriété parmi les nombreux praticiens de Paris. Il se montra toujours aussi actif que dévoué dans tous les grands événements de la révolution de 1848 et dut ainsi la décoration de la Légion d'honneur à son mérite.

Bufalini (*Maurizio*), qui a tenu le sceptre de la médecine italienne pendant un demi-siècle, par son enseignement clinique autant que par sa pratique et ses travaux, s'est éteint à Florence, le 31 mars, âgé de près de quatre-vingt-huit ans. Jaloux d'aider après sa mort la science expérimentale qu'il a cultivée avec succès pendant sa vie, il lègue en mourant, à l'Institut des études supérieures pratiques de Florence, une somme de 4000 francs et une rente annuelle de 400 francs devant servir à encourager et récompenser les études expérimentales.

Burci, le chirurgien italien bien connu par ses traités sur la *cystotomie* et les *hernies*, a succombé à soixante et un ans d'une affection pulmonaire. Professeur de clinique chirurgicale à Florence, il se montra aussi habile opérateur que clinicien remarquable. Une plaie chirurgicale vint malheureusement briser sa brillante carrière. Il avait été nommé sénateur du royaume par le gouvernement en récompense de ses services professionnels.

Coze (*Jean-Baptiste-Rosier*), ancien doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg, s'est éteint, le 25 avril, dans la retraite qu'il s'était choisie en Alsace dès 1857, à l'âge de quatre-vingts ans. Fils du premier doyen de cette Faculté française, il le devint à son tour pour réaliser les *desiderata* signalés par son père, notamment le petit nombre des malades accordés pour l'enseignement clinique. Devenu membre de l'administration hospitalière, il s'en servit pour améliorer l'enseignement anatomique et clinique et introduire toutes les spécialités dans ce dernier. C'est à lui qu'est due surtout la conception de l'instruction complète des élèves militaires dans la Faculté et sa réalisation en 1856. Son nom est indissolublement lié à cette institution française, comme à tous ceux qui l'ont illustrée.

Cuvellier (*Eugène*), médecin-inspecteur et membre du

Conseil de santé des armées, commandeur de la Légion d'honneur, était arrivé à cette haute position par son seul mérite et son travail, à cinquante-neuf ans, lorsque la mort le surprit subitement le 18 mars. Il n'en jouit ainsi que pendant trois ans. C'est une grande perte pour l'armée.

Delgado (*Iugo*), l'éminent ophthalmologiste madrilène, a succombé à Vichy à une attaque d'apoplexie. Natif du Vénézuela et élève de l'école de Paris, c'est comme chef de clinique de M. Desmarres, où il succéda à de Graefe, qu'il fit son instruction ophthalmologique pendant huit années. C'est alors qu'il alla à Madrid où il fonda, à l'exemple de son maître, un dispensaire où deux à trois cents malades venaient chaque jour le consulter gratuitement. Transformé en institut ophthalmologique (voy. *année* 1874), il devint une institution nationale qui sera conservée, il faut l'espérer, pour propager les connaissances ophthalmologiques en Espagne.

Opérateur habile, professeur brillant, Delgado s'est distingué aussi comme auteur par son *Traité des maladies des yeux*, son *Hygiène oculaire* et plusieurs autres mémoires. C'est le plus célèbre ophthalmologiste de l'Espagne comme de Graefe en Allemagne ; tous deux ayant puisé leurs connaissances en France.

Demarquay (*Jean-Nicolas*), chirurgien français aussi habile qu'ingénieux, auteur de nombreuses modifications et procédés opératoires, a succombé presque subitement d'une affection cancéreuse de l'estomac, le 21 juin, au village de Longueval (Somme) où il était né, âgé seulement de soixante-deux ans. Son mérite est d'autant plus grand que, comme Boyer, A. Dubois, Velpeau et tant d'autres grands maîtres, il était parti de son village à l'âge de quinze ans, aussi pauvre d'argent et d'instruction qu'il était riche de la noble ambition d'apprendre, de savoir et de travailler. Toute sa vie ne fut ainsi qu'un rude labeur incessant. Répétiteur d'abord des études classiques, il commença ensuite l'étude de la chirurgie en s'attachant à Blandin, l'un des maîtres les plus sympathiques de son temps, dont il fut l'élève favori, dévoué et reconnaissant.

Adonné surtout à la pratique, il fit toujours profiter la science de ses observations et de ses recherches comme de nombreux mémoires et plusieurs volumes l'attestent. La Maison municipale de santé de Paris, dont il fut chirurgien en chef de 1858 jusqu'à sa mort, fut le principal théâtre de ses exploits et de ses études. C'est là que des milliers de malades peu fortunés vinrent se faire opérer par lui.

Le cœur bon et généreux de Demarquay, ses bons soins et ses attentions pour ses opérés, en avaient fait l'un des chirurgiens les plus répandus de Paris. Sa bienveillance confraternelle contribua aussi à ce grand succès; ce n'était pas un maître, c'était un chirurgien habile et d'un grand sens pratique. Il se distingua avec Ricord comme chirurgien des ambulances de la Presse pendant le siége de Paris et la Commune; ses services éminents lui valurent le titre de commandeur de la Légion d'honneur.

Elu membre de l'Académie de médecine en 1867 pour ses nombreux travaux scientifiques, il lui lègue en mourant 100 000 francs. Il aspirait à l'Académie des sciences qui n'eût pas manqué de se l'associer si la mort impitoyable n'était venue mettre obstacle à la réalisation de ce but suprême de son ambition.

Duchenne (*de Boulogne*), l'auteur ingénieux et sagace de l'*Électricité localisée* et qui, à l'aide de ses applications, a su faire de si ingénieuses découvertes physiologiques et pathologiques que sa célébrité en est universelle, a été frappé d'hémorrhagie cérébrale mortelle, le 18 septembre, âgé de soixante-dix ans. Son génie d'inventeur, de chercheur ne pouvant se développer à l'aise dans son pays, où il repose, il vint à Paris en 1845. Nous le connûmes à cet époque avec le docteur Martinet, qu'il entretenait déjà de ses inventions électriques. Ses recherches sur l'action isolée et synergique des muscles, qui sont sa plus grande œuvre, le conduisirent à la découverte de l'ataxie locomotrice et à l'ataxie musculaire progressive et la paralysie glosso-labio-laryngée. Ses travaux sont si nombreux qu'ils ne peuvent être énumérés ici. Ils le placent parmi ceux dont le nom ne s'oublie pas.

Fossati (*Giovanni*), le célèbre disciple de Gall qui se fit

en France le propagateur de la phrénologie, a succombé à Paris, le 20 décembre 1874, à l'âge de quatre-vingt-huit ans. Italien et ami de son pays, il le quitta, après que la chute du premier empire eût replacé la Lombardie dans la servitude autrichienne, pour venir propager en France l'emploi de la méthode contro-stimulante de Rasori, son maître. C'est alors qu'il s'attacha bientôt à Gall, dont il se fit l'apôtre par un enseignement soutenu, la fondation de la *Société phrénologique* et la traduction du *Manuel de phrénologie*. Il en fut ainsi le représentant le plus actif et le plus autorisé après Gall. Ne trouvant plus d'adeptes convaincus en France, il fit don à Milan de toute sa précieuse collection phrénologique avec un prix annuel pour ceux qui suivraient ses traditions. — Voy. *année* 1874.

Giraldès (*Cardoso-Cazado-Joachim-Albin*), dont le nom dit assez l'origine portugaise, ancien chirurgien des Enfants malades, agrégé de la Faculté et membre de l'Académie de médecine de Paris, chirurgien en chef du Chemin de fer du Nord, officier de la Légion d'honneur, a succombé subitement, le 26 novembre, dans la bibliothèque de la Faculté. Il avait soixante-sept ans. Trois jours avant, il avait à l'Académie vaillamment réfuté les prétentions de M. J. Guérin sur la myopie et soutenu les doctrines de l'école ophthalmologique actuelle. Homme de science et d'érudition, Giraldès aurait dû naître riche pour se livrer à ses goûts et devenir une autorité. La nécessité le força à se faire chirurgien. Élève de Velpeau, il en avait la prudence, la réserve, l'honnêteté, et fut toujours un travailleur modeste et savant; mais son accent étranger, sa petite taille, son abord rude, grondeur, une mauvaise vue surtout, nuirent à ses succès. Il laisse le souvenir d'un honnête homme, loyal, estimable, érudit, savant, ayant toujours sacrifié le savoir faire et son intérêt au salut des malades, à la justice, à la vérité; qualités essentielles que ses détracteurs ne laisseront pas tous après eux. Ses travaux montrent assez ses qualités comme anatomiste et comme chirurgien.

Girard (*Jean-Baptiste*), jeune médecin de vingt-sept ans, d'un grand avenir, était souffrant depuis quelques jours, lorsqu'il fut appelé, le 28 mars, à trachéotomiser un enfant

atteint de diphthérite. Quelques gouttes de sang jaillirent dans son œil et il se fit une piqûre à la main gauche en opérant. Désespérant aussitôt de lui, il se mit au lit le 4 avril et succomba stoïquement à la maladie qu'il avait contractée, tandis qu'un confrère plus robuste, ayant aspiré les fausses membranes de ce même enfant, en fut pour un peu de fièvre et une hypersécrétion des amygdales. Enseignement !

Gros (*Léon*), ancien aide de clinique du professeur Forget à Strasbourg, médecin en chef du chemin de fer du Nord, membre de la Société médicale des hôpitaux de Paris, comme ancien chirurgien de l'hôpital de Sainte-Marie aux Mines, officier de la Légion d'honneur, très-estimé pour sa délicatesse professionnelle et ses travaux, notamment son *Traité des affections nerveuses syphilitiques*, en collaboration avec M. Lancereaux, a succombé subitement le 18 juin, à cinquante-deux ans. Cette perte a vivement ému le corps médical de Paris dont il était très-aimé et estimé.

Guipon, médecin des hospices civils de Laon et l'un des médecins de province qui entretenait le mieux le feu sacré de la science au milieu de ses occupations pratiques, a succombé, le 17 mai, dans sa quarante-neuvième année, alors que l'Académie de médecine venait de l'élire son correspondant en récompense de ses travaux assidus ; plusieurs fois son lauréat, il s'était distingué par un traité estimé des maladies charbonneuses et un traité de la dyspepsie. Il était président de l'Association locale des médecins, du conseil d'hygiène, médecin des épidémies, etc. Il occupait ainsi le premier rang des médecins du département de l'Aisne.

Kiernan (*Francis*), célèbre anatomiste anglais, a succombé, le 31 décembre 1874, après une longue maladie, à soixante-quatorze ans. Ses recherches sur la structure du foie lui valurent son affiliation à la Société royale, la médaille Copley et une réputation européenne. Des scrupules religieux l'empêchèrent de professer l'anatomie au Collége du roi, mais le Collége des chirurgiens en profita pour se l'associer comme examinateur. C'était une personnalité considérable.

Lorain (*Paul-Joseph*), le médecin et le professeur distingué de la Faculté de Paris dont il était l'ornement et l'espoir, aimé autant qu'estimé de tous ses collègues et ses élèves, a été ravi inopinément à la science et à ses amis, le 24 octobre, victime de son dévouement professionnel. Il se trouvait légèrement indisposé après sa visite du matin à l'hôpital et avait demandé qu'on ne le dérangeât pas. C'était un dimanche. Une pauvre mère se présente pour qu'il aille voir son enfant. On répond qu'il n'est pas visible. Elle insiste. Lorain l'entend et se présente. Au récit et aux prières de cette mère, il n'hésite pas à monter en voiture, malgré la distance de plusieurs kilomètres et les instances de son épouse à qui son cœur inspirait sans doute de sinistres pressentiments. Pauvre femme, elle ne devait plus le revoir vivant!

A peine avait-il commencé son examen, qu'il est pris de vertige. Il tombe sur un siége, demande un lit pour s'étendre et envoie chercher sa femme. Bientôt il perd connaissance et le médecin qui se présente trouve la face congestionnée avec écume à la bouche, mouvements convulsifs, le stertor va croissant et bientôt l'asphyxie est complète. Il n'avait que quarante-huit ans.

Perte considérable pour l'enseignement et la science qu'il servait avec une égale passion et faisait aimer et admirer en sa personne. Intelligence vive et déliée, esprit exact et fin, chercheur infatigable, Lorain avec son élocution facile semblait choisi pour jouer un grand rôle dans l'enseignement de la Faculté auquel il était dévoué. Comme clinicien, il contribua puissamment à y introduire les méthodes exactes d'observation et de thérapeutique. Il faisait tout mathématiquement comme tous ses travaux, ses écrits en portent l'empreinte. Appelé à enseigner l'histoire de la médecine à la Faculté, il réunissait un nombreux auditoire et promettait beaucoup de l'avenir lorsque l'inflexible mort est venue briser brutalement toutes ces espérances. Son exemple puisse-t-il au moins susciter des imitateurs.

Luschka (*Hubert*), le célèbre anatomiste qui a illustré l'Université de Tubingue, a succombé dans cette ville le 1er mars. Cette grande perte sera vivement ressentie par le corps médical tout entier.

Martinet (*Louis*), l'ancien chef de clinique de Récamier à l'Hôtel-Dieu et qui s'était distingué par des travaux cliniques sérieux, a succombé, le 27 février, âgé de quatre-vingts ans. Rédacteur en chef de la *Revue médicale*, il n'en publia pas moins des mémoires estimés sur l'inflammation de l'arachnoïde, le traitement des névralgies par la térébenthine, un *Manuel de clinique*, qui a eu plusieurs éditions, et un *Traité de thérapeutique*. Il obtint au concours et pour l'honneur seulement l'agrégation à la Faculté de Strasbourg. Mais autant sa jeunesse avait été féconde en travaux sérieux, autant il fut stérile dans son âge mûr après ses échecs répétés à l'Académie de médecine contre des adversaires redoutables comme Gibert, Grisolle et Trousseau. Célibataire forcé par suite d'un amour malheureux, il s'isola dans la clientèle et porta son activité dans une collection d'œuvres d'arts, etc., etc.

Montfalcon (*J.-B.*), le médecin bibliophile par excellence, est mort à Lyon, sa ville natale, le 5 décembre 1874, à quatre-vingt-trois ans, dans l'exercice de ses fonctions de bibliothécaire en chef de la ville. Ce fut en effet là sa grande ambition. Après avoir été médecin actif des hôpitaux et de la ville, et avoir écrit sur de nombreux sujets de médecine, il se consacra en entier à ses études littéraires, et devint ainsi en 1847 conservateur des bibliothèques de Lyon. Entre les nombreux travaux qu'il a publiés dans ces fonctions, on remarque surtout son *Histoire monumentale de Lyon*.

Nicolis (*Ignazio*), professeur à l'Université de Turin, a succombé dans cette ville, le 3 juillet, à cinquante-sept ans. Médecin de l'hôpital *San-Giovanni*, il étudia spécialement les maladies de poitrine et contribua puissamment à la connaissance exacte de l'auscultation et de la percussion en ouvrant, dès 1850, un cours libre sur ces matières où se rendaient les médecins, comme les élèves. Sa notoriété et son autorité le firent nommer ainsi officiellement en 1864, pour l'enseignement de ces matières, à l'Université. C'est à cette époque qu'il publia le résultat de ses recherches.

Ces études spéciales le firent également rechercher dans la clientèle. Ses occupations dépassèrent ainsi ses for-

ces et il succomba à la peine au moment de recueillir le fruit de son labeur.

Pinali (*Vincent*), président de la Faculté de médecine de Padoue et l'un des médecins les plus distingués de la haute Italie, a succombé, le 7 décembre, à soixante-treize ans, en laissant de profonds regrets. Il était le savoir, le dévouement et la sagesse en personne. Professeur de thérapeutique spéciale et de clinique médicale, il ne cessait de mettre ses élèves en garde contre l'exagération dans une thérapeutique impatiente et tracassière autant que dans une expectation dangereuse. L'observation était son seul guide. Il lègue sa bibliothèque à l'Université de Padoue et 100 000 francs pour l'entretenir au niveau du progrès de l'art qui était son culte.

Porta (*Luigi*), l'une des gloires de la chirurgie italienne et dont les travaux sont universellement connus, a succombé à Pavie, le 10 septembre, âgé de soixante-quinze ans. Il avait été nommé sénateur en récompense de ses grands services, rendus à la science et à son pays.

Roche (*Louis-Charles*), l'auteur estimé des *Éléments de pathologie médico-chirurgicale* rédigés avec Samson selon les principes de l'école de Broussais, s'est éteint à quatre-vingt-quatre ans, le 4 avril, deux mois à peine après la mort de son gendre Aubert. Atteint d'une double cataracte sénile, il était devenu presque aveugle.

Il se distingua surtout par son mérite littéraire et une grande clarté d'exposition. De là le succès de son livre qui fit l'éducation de plusieurs générations médicales. Il contribua ainsi beaucoup au règne et à la durée de la doctrine physiologique dont il était l'un des plus fervents adeptes.

Membre et président de l'Académie de médecine, il fut toujours d'une exactitude exemplaire dans ses fonctions. Il était officier de la Légion d'honneur.

Roucher (*Charles*), docteur en médecine et pharmacien principal de première classe à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, a succombé subitement à la rupture d'un anévrysme, le 13 mars, à cinquante-quatre ans. Des travaux multiples

et divers l'avaient fait distinguer de bonne heure et obtenir un rapide avancement, mais ce sont tous des travaux de premier jet et sans une maturité, une précision magistrale. Il était officier de la Légion d'honneur et membre de plusieurs sociétés savantes.

Ségalas (*Pierre-Salomon*), le lithotriteur émérite, aussi prudent qu'habile, a terminé sa longue et honorable carrière, le 19 octobre, à quatre-vingt-trois ans. Comme spécialiste, il se distinguait de ses collègues par ses attaches à la Faculté de médecine de Paris. Il en était agrégé. C'était la distinction de son honorabilité. Membre de l'Académie de médecine et officier de la Légion d'honneur, titres que ses services comme médecin lui avaient valus, il fit en outre partie du Conseil municipal de Paris et du Conseil général de la Seine, etc. Sa parfaite aménité et sa bienveillance le rendaient accessible et obligeant pour tous ses confrères qui en garderont un bon souvenir.

Tigri (*Atto*), anatomiste distingué, professeur d'anatomie à l'Université de Sienne dont il était l'ornement, a succombé dans cette ville, le 2 juillet, âgé seulement de soixante ans. C'est une perte sensible pour l'Italie.

Winslow-Lewis, le patriarche des chirurgiens américains et l'un des plus réputés des États-Unis, a succombé à Boston, à soixante-seize ans. Après être venu étudier à Paris sous Dupuytren et sous Abernethy à Londres, il avait exercé la chirurgie avec une grande distinction à Boston. Plusieurs fois élu président de la Société locale du Massachusetts, il fut aussi envoyé à la législature comme une des célébrités du pays pour son savoir, son habileté et sa distinction.

NÉPHRITE. Diagnostic différentiel. Le docteur Basham l'établit ainsi entre la pyélite calculeuse et la pyélite tuberculeuse. Si peu tranchés qu'ils soient, ces caractères différentiels peuvent aider le praticien à être réservé dans son pronostic, s'il y a lieu.

NÉPHRITE TUBERCULEUSE.	NÉPHRITE CALCULEUSE.
Tubercules se développant dans la substance propre du rein ou restant limités au conduit excréteur.	
Altération rapide de la santé ; sensation de chaleur et de pesanteur dans les lombes.	Douleur des lombes beaucoup moins vive en dehors des crises ou des coliques néphrétiques.
Miction fréquente et douloureuse.	L'émission de l'urine purulente la diminue momentanément.
Frissons accompagnés parfois de nausées et de vomissements.	Troubles digestifs assez prononcés.
Hématurie abondante et presque continuelle dans la première période.	Hématurie accidentelle.
Écoulement très-abondant de pus succédant sans transition à celui du sang.	Écoulement tardif et intermittent de pus précédé de dépôts muqueux abondants dans l'urine.
Émaciation et fièvre hectique très-prononcées.	
Oblitération fréquente de l'uretère; tumeur rénale consécutive. Frissons répétés, sueurs nocturnes profuses.	Frissons et sueurs, seulement dans le cas de péri-néphrite.
Issue rapidement funeste.	Durée ordinairement longue.

(*The practitionner*, avril.)

Jaborandi. Son action spéciale sur les glandes, notamment le rein et les glandes sudoripares, indique rationnellement son emploi contre la néphrite, quand les sécrétions urinaires et cutanées sont supprimées ou diminuées, avec anasarque, ascite, œdème, etc. M. le docteur Rendu l'a ainsi employé dans sept cas de néphrite dont trois doivent être éliminés en raison de l'action des autres moyens. Le repos et un régime approprié ont suffi, dans deux cas d'albuminurie passagère, à dissiper tout symptôme de néphrite en quelques jours, et le régime lacté a été le principal agent curatif chez une vieille dame atteinte de néphrite grave avec complication pulmonaire.

Les quatre autres malades étaient atteints d'espèces variées de néphrite. Aiguë et très-grave, chez le premier, elle était survenue dans le cours d'un rhumatisme blennorrhagique. Tous les moyens ordinaires avaient été vainement employés. Le mal augmentait avec persistance de la céphalalgie, anorexie absolue, nausées, anurie. Les bains de vapeur n'ayant provoqué qu'une diaphorèse légère, on eut recours au jaborandi. Après trois doses seulement et

en quatre jours la quantité d'urine s'éleva de 400 à 1500 grammes dans les vingt-quatre heures. Une polyurie réelle s'établit, tous les symptômes disparurent et la guérison eut lieu rapidement. C'est donc bien en rétablissant la sécrétion normale du rein que le jaborandi a été curatif dans ce cas.

II. Néphrite subaiguë, déjà chronique, avec de nombreux cylindres granulo-graisseux dans l'urine annonçant une désorganisation profonde de l'épithélium rénal. Trois bains de vapeur par semaine étaient restés sans succès. L'administration du jaborandi fit disparaître néanmoins, en une semaine, la céphalée et la dyspepsie urémique. Nouvelle preuve que le jaborandi, bien que peu diaphorétique dans ce cas, n'agit pas par cette voie sur la néphrite. Ses effets diurétiques ont aussi été moins marqués que d'ordinaire, comme pour les autres médicaments, quand les lésions rénales sont profondes et anciennes.

III. Maladie de Bright chronique avec dégénérescence parenchymateuse. Bons effets du jaborandi à deux reprises, mais restant inefficace en raison des lésions incurables des reins.

IV. Néphrite interstitielle chronique avec hypertrophie cardiaque prédominante à l'examen à l'hôpital. Sous l'influence des premières doses du jaborandi et de son action diaphorétique, l'urine s'élève les deux premiers jours à 1200 et 1500 grammes pour s'abaisser ensuite de 400 à 500 grammes. En augmentant la congestion du rein, comme tous les diurétiques, le jaborandi paraît donc avoir diminué son activité fonctionnelle et, par cette action, aggravé le mal. Il y a entre son action évidente et la suppression consécutive de l'urine une relation certaine de cause à effet selon l'observateur.

De là la démonstration clinique, suivant lui, que l'action diaphorétique curative du jaborandi est subordonnée au degré d'altération du rein. Si une diurèse abondante dans la néphrite aiguë simple peut être rapidement curative, comme dans la première observation, elle sera de moins en moins marquée et efficace à mesure que les lésions rénales parenchymateuses sont plus marquées, jusqu'à devenir nuisible, dangereuse dans la néphrite interstitielle. La lenteur des prodromes avec polyurie, hypertrophie cardiaque

montrent assez que la lésion anatomique différait essentiellement, dans ce cas, des précédents. Il ne convient donc pas d'administrer ce médicament dans la néphrite interstitielle, il faut le réserver pour les cas de néphrite parenchymateuse. Et comme l'on ne peut jamais connaître cliniquement le degré de la lésion, on doit le donner avec prudence et réserve en en mesurant, en en espaçant les doses, et en en surveillant attentivement l'action et les effets. (*Journ. de thérap.*, n° 22.)

Néphrite interstitielle. La distinction anatomique établie, d'après le volume et l'altération du rein, entre la néphrite parenchymateuse ou épithéliale et la néphrite interstitielle ou conjonctive, est infirmée par une observation remarquable faite par le docteur M. Raynaud sur une femme de quarante-huit ans, entrée le 10 février à l'hôpital Lariboisière dans un état comateux. Depuis un an, elle éprouvait des douleurs dans la région des reins et le bas-ventre, lorsque apparurent, huit jours avant son entrée, de l'œdème passager de la face avec amblyopie, vertiges, convulsions épileptiformes répétées, délire et paralysie du côté droit.

A l'examen, l'absence d'albumine dans les urines embarrasse le diagnostic. Malgré les vomissements alimentaires et bilieux journaliers et tous les autres symptômes de l'urémie à forme convulsive, le défaut d'albuminurie infirmait ce diagnostic. On crut à une tumeur cérébrale.

L'autopsie, pratiquée le 25 février, montre une intégrité complète des centres nerveux, tandis qu'on trouve une hypertrophie considérable du ventricule gauche du cœur sans lésion valvulaire, avec les deux reins profondément altérés. Le gauche est atrophié, contracté, comme on dit, et ne pèse que 56 grammes ; la substance corticale est extrêmement mince avec un grand nombre de kystes volumineux à l'intérieur. C'étaient bien là les lésions de la néphrite interstitielle moins l'état granuleux à sa surface.

Au contraire, le rein droit est quatre fois plus gros et offre le type du gros rein blanc. Complétement exsangue, sans la moindre granulation, il pèse 218 grammes. Ces lésions étaient celles de la néphrite parenchymateuse.

Le microscope montra cependant que, pour être si diffé-

rentes en apparence à l'œil nu, les lésions étaient analogues. Le tissu conjonctif intercanaliculaire était très-développé dans les deux cas; seulement, au lieu d'être à l'état embryonnaire, comme dans le rein droit le plus volumineux, il était complétement organisé et à l'état fibreux dans le rein atrophié. De là leur différence de volume. Les tubuli étaient atrophiés et dégénérés dans les deux cas. Il n'y a donc pas lieu de distinguer la nature de la maladie par le volume seul du rein et de faire du gros rein blanc, du petit rein ou rein contracté et du petit rein jaune les caractères de la maladie. Que le rein atrophié ou contracté soit précédé d'une véritable hypertrophie, comme dans la cirrhose du foie (Klebs), ou que l'atrophie de l'un entraîne coïncidemment l'hypertrophie de l'autre, comme dans la néphrite calculeuse (Raynaud), toujours est-il que ces deux formes peuvent se rencontrer simultanément dans la même maladie, comme cette observation en est la preuve. (*Soc. méd. des hôpit.*, février, et *Union méd.*, n° 60.)

Bruit de galop. Il consiste dans l'existence des deux bruits normaux précédés d'un bruit sourd et ne s'entend qu'à la pointe du cœur. Difficile à saisir et à distinguer des autres bruits anormaux, celui-ci est malheureusement peu connu et inappréciable pour beaucoup de praticiens. D'après M. Potain, qui le décrit comme assez fréquent, il serait un signe de la néphrite interstitielle. C'est ainsi qu'en examinant les urines des malades qui le présentaient, il y a toujours rencontré de l'albumine, mais en si faible quantité qu'elle échappe aux réactifs ordinaires. Sa présence n'est décelée que par un procédé spécial, difficile et délicat à employer ailleurs que dans les hôpitaux ou le laboratoire. Aussi ne le décrivons-nous pas. D'autant moins que l'albumine en si faible quantité se rencontre fréquemment dans les maladies du cœur et que le bruit ne se rencontre pas toutes les fois que l'urine est albumineuse; il manque même dans tous les cas d'albuminurie abondante. Cependant, M. Potain a cru observer un rapport entre ces deux facteurs, parce que l'urine albumineuse paraît et disparaît alternativement avec ce bruit de galop.

La plupart des malades qui le présentent au plus haut degré ont d'ailleurs eu de la polyurie, des envies fréquentes

d'uriner, des accès d'oppression, de l'agitation pendant le sommeil, une certaine impatience du lit, une sorte de noctambulisme précédant de loin tous les accidents de l'atrophie rénale. Elle s'était même montrée comme une confirmation dans les cas d'autopsie. Les reins étaient toujours fermes, durs, résistants, sinon fibreux et atrophiés. Les recherches histologiques ont d'ailleurs montré les lésions spéciales aux différents degrés de la néphrite interstitielle.

De là le rapport établi entre ce bruit et l'albuminurie prémonitoire. C'est à une observation plus longue de le confirmer. Et comme loin d'être une rareté pathologique, ce bruit est assez fréquent, on peut être certain que, s'il est de nature à déceler la sclérose rénale, ce fait sera bientôt établi définitivement (*Idem*, juillet, et *Union méd.*, n°s 133, 136 et suiv.)

NÉPHROTOMIE. De l'examen des 12 cas connus de cette redoutable opération, dont nous avons relaté les principaux (voy. *années* 1871 et 1874), M. le docteur Nepveu conclut que l'extirpation du rein est possible sur l'homme et a été suivie de succès 5 fois sur 12 opérations, mais qu'elle aurait pu être évitée, dans la plupart des cas, et remplacée avec moins de danger par des opérations plus sûres et tout aussi bonnes. S'il était démontré qu'il y a des cas d'absolue nécessité, ce qui paraît loin d'être évident, on ne pourrait la pratiquer qu'après s'être enquis de l'état du rein de l'autre côté, de l'état des voies urinaires et en général des principaux viscères, l'examen microscopique des urines et surtout de l'urée. La voie lombaire est la meilleure, car, en cas de méprise, on peut, après l'incision et l'examen du rein par sa face postérieure, s'arrêter à cette simple boutonnière rénale infiniment moins périlleuse que l'extirpation. Jusqu'ici pourtant, cette opération lui paraît devoir être condamnée par la saine critique et par l'art. (*Archives de méd.*, février.)

NERFS. La préférence trop marquée pour l'expérimentation sur la clinique s'accentue de plus en plus. Une nouvelle preuve en est dans le grand prix de physiologie accordé par l'Académie des sciences à MM. Arloing et Tripier pour leurs expériences confirmatives sur les anasto-

moses des nerfs entre eux comme cause de la persistance de la sensibilité dans le bout périphérique après la section de l'un d'eux. Ce fait remarquable, en dehors de la sensibilité récurrente découverte par Magendie, fut d'abord attribué à la réunion immédiate des deux bouts à propos de la section du nerf médian (voy. *année* 1864). Mais bientôt, M. le professeur Richet découvrit et mit hors de doute et de contestation que cette persistance, après la section, tenait tout simplement aux anastomoses en anses du radial et du cubital avec le médian, découvertes par M. Ch. Robin (voy. *année* 1867). De nombreux faits confirmatifs de cette interprétation ont été signalés depuis en France, en Angleterre et surtout en Amérique. C'était donc une découverte bien acquise, mais la preuve expérimentale manquait. Par des expériences sur des animaux vivants, pris dans la classe entière des mammifères, MM. Arloing et Tripier ont mis en évidence le rôle des anastomoses périphériques dans la persistance et la production de la sensibilité. C'est ainsi qu'après avoir divisé les trois nerfs collatéraux sur le doigt d'un chien, ils constatent que la sensibilité à la douleur persiste néanmoins sur tous les points du doigt; ils sectionnent alors le quatrième nerf collatéral, et tout aussitôt l'analgésie devient complète. Ils ont constaté, en outre, que lorsqu'on coupe un des nerfs cutanés de la main, les deux bouts, central et périphérique, restent sensibles, et que la sensibilité périphérique est due à la présence de fibres récurrentes dont ils ont pu déceler l'existence en observant des fibres nerveuses non dégénérées dans le segment périphérique, un mois après la section.

Ces résultats deviennent encore plus nets, plus évidents, si c'est possible, dans les expériences sur les nerfs de la face, nerfs facial et de la cinquième paire. Si une récompense était due à ces ingénieux expérimentateurs, n'était-elle pas due, à bien plus forte raison, au chirurgien patient, au clinicien observateur qui démontra le premier ce fait sur le malade? Eh bien, son nom ne se trouve pas même associé à celui des lauréats. Aussi s'est-il vu obligé de rappeler ses droits et ceux de la clinique à la priorité de cette importante découverte physiologique. (*Union méd.*, n° 99.)

Leçons sur l'appareil vaso-moteur (*physiologie et patho-*

logie), faites à la Faculté de médecine de Paris par A. Vulpian, doyen de cette Faculté et professeur de pathologie expérimentale et comparée, rédigées et publiées par le docteur Carville, préparateur du cours; 2e volume in-8° de 775 pages, Paris, librairie *Germer-Baillière.*

Reprenant son sujet au point où il l'avait laissé : l'action des vaso-moteurs sur le foie (voy. *année* 1874), le professeur examine spécialement leur rôle sur la glycogénie hépatique dont il refait l'histoire. Les contradictions sont si flagrantes sur les résultats obtenus qu'aucune conclusion positive n'est possible. Pas plus sur le foie que sur le cœur et les poumons, l'action des vaso-moteurs n'est démontrée; telle est la conclusion de la seizième leçon qui termine véritablement la première partie de cet ouvrage et qui devrait avoir ainsi terminé le premier volume.

C'est, en effet, à l'examen de l'influence de l'appareil vaso-moteur des nerfs de la moelle épinière, que le surplus de ces leçons est consacré. Après avoir montré la réalité de son existence, le professeur se livre à une enquête minutieuse des opinions, des théories, des expériences et des faits invoqués pour et contre son action dans les paralysies dites réflexes et les grandes névroses comme le tétanos, la rage, l'épilepsie, l'hystérie, la chorée, etc. Or, pas plus l'une que l'autre, ainsi passées au triple critérium de nouvelles expériences, du raisonnement et de la clinique, ne semblent justiciables de cette étiologie d'une action réflexe ou de l'appareil vaso-moteur contre l'avis de M. Brown-Séquard.

Il y a évidemment une grande différence de procéder entre les deux célèbres vivisecteurs. M. Brown-Séquard après avoir obtenu un fait, le généralise souvent à l'infini par simple déduction et sans tenir compte des faits contradictoires. La doctrine des actions dites réflexes et des actions vaso-motrices a trop souvent été édifiée aussi légèrement. M. Vulpian, procédant au contraire par un examen scrupuleux de tous les résultats obtenus, souvent contrôlés par lui-même, et les éclairant par des faits cliniques, toutes les fois que cela est possible, en fait ainsi justice. Ce n'est jamais après un examen sommaire ni par une négation absolue; c'est le doute sage devant l'exposé des faits savamment interprétés et mettant toujours le lecteur comme l'élève à même de rectifier son jugement.

L'examen du rôle des vaso-moteurs sur la chaleur animale, la fièvre, l'inflammation et son processus, la congestion et l'œdème, occupe le plus grand nombre des leçons suivantes, les plus intéressantes au point de vue médical pratique. Les observations cliniques tiennent ici une grande place et si les expériences *in anima vili* en sont toujours le corollaire indispensable et même le critérium, les praticiens pourront au moins, sans leur secours, se rendre compte de l'interprétation de ces faits. Deux leçons sur la nutrition intime des muscles et d'autres organes, démontrée par les lésions trophiques survenues après la section des nerfs qui s'y rendent, facilitent encore cette interprétation.

Et comme, une fois la découverte des nerfs vaso-moteurs proclamée, on a voulu expliquer toutes les inconnues par leur secours, comme la migraine, la gangrène symétrique des extrémités, la cachexie exophthalmique, il a bien fallu que M. Vulpian fît justice du peu de fondement de toutes ces hypothèses, en montrant que ni les expériences, ni les faits cliniques ne les confirment.

Restait à examiner l'action attribuée à certains médicaments, comme le curare, la strychnine et les poisons du cœur en particulier, sur l'appareil vaso-moteur : action constrictive par le seigle ergoté, la nicotine, la quinine, la caféine, le bromure de potassium, la belladone et l'atropine entre autres ; action dilatatrice par l'opium et la morphine, la fève de Calabar et l'ésérine, le chloral, l'éther, le chloroforme, le nitrite d'amyle, l'oxyde de carbone, etc. M. Vulpian l'a fait sommairement, surtout pour ceux-ci, en concluant que rien n'est démontré à cet égard malgré certaines apparences spécieuses et superficielles.

Le bilan de la grande découverte ainsi dressé clairement, exactement, par doit et avoir, celui-ci reste très-exigu. Mais ce qu'il en reste est bien établi. Et en science comme dans le commerce, mieux vaut savoir au juste ce que l'on possède que de spéculer sur l'inconnu. Les recherches ultérieures sur de nombreux sujets en litige pourront sans doute augmenter l'actif dans l'avenir, mais il faut savoir attendre et observer, telle est la conclusion générale du professeur.

Ce long inventaire des expériences et des faits, des suppositions et des réalités sur le rôle des vaso-moteurs, for-

mant la matière de trente leçons et de deux gros volumes, peut étonner et surprendre par son étendue. C'est que le professeur, déployant une immense érudition, s'est vu obligé de refaire à ses élèves l'histoire de la plupart des maladies et des lésions attribuées à l'influence de cet appareil et de rappeler même les questions connexes. Son exposition y contribue aussi. Il n'a pas de vues d'ensemble, de traits généraux, de ces rapprochements, ces groupements des faits analogues ou similaires qui en font un tout. Essentiellement descriptive et analytique, elle entraîne forcément à de nombreuses répétitions. C'est un agrégat substantiel qu'il faut s'assimiler en détail. La fin de chaque leçon n'en offre même ni le résumé ni la conclusion.

Ce qui frappe à chaque page dans cette exposition impartiale, ce sont les contradictions les plus flagrantes, entre des expérimentateurs d'égal mérite, sur des effets sensibles comme le resserrement, la contraction des vaisseaux, leur paralysie ou leur dilatation. Affirmés catégoriquement par MM. Brown-Séquard, Nothnagel et d'autres aussi autorisés, ils sont niés de même par MM. Cl. Bernard, Vulpian, Schiff pour ne nommer que les vivants. Le resserrement et la dilatation des vaisseaux de l'encéphale, par exemple, sont ainsi niés et affirmés tour à tour.

La cause de ces contradictions est dans la difficulté, la délicatesse même des expériences. Des mutilations épouvantables sont nécessaires dans ce cas. Il faut mettre le cerveau à nu, ouvrir le cou, sectionner le cordon cervical du grand sympathique, exciser le ganglion cervical et, pour cela, curariser préalablement l'animal. La vie est ainsi troublée, presque éteinte et ne s'entretient plus que par la respiration artificielle. Et c'est dans ces conditions que le nerf divisé est électrisé et qu'il faut juger des effets produits sur les vaisseaux. Évidemment, les résultats doivent varier selon que l'expérience est conduite avec plus ou moins d'habileté et de rapidité; le degré de vitalité, de résistance de l'animal doit aussi y contribuer. Les effets ont ainsi été à peine sensibles dans les deux expériences rapportées à ce sujet à la page 122.

Ces mutilations sont bien plus considérables encore pour prouver l'existence du centre modérateur thermique. Les résultats semblent même infirmer la valeur des expériences

instituées dans beaucoup de cas : l'énervement du membre au-dessus du pied, par exemple, pour savoir si l'irritation de ce pied amènera la fièvre traumatique, l'augmentation de la température résultant d'une influence nerveuse.

Aussi est-on réduit le plus souvent, après bien des expériences très-compliquées pour connaître la cause de cette élévation de la température dans le cas le plus simple et le plus fréquent : la fièvre, à conclure à l'action des vaso-moteurs par simple induction, ou bien de se livrer pour le reste, comme M. Cl. Bernard, à la supposition gratuite de nerfs calorifiques et frigorifiques, faute de trouver autre chose.

Tout en louant les efforts faits dans cette voie de l'expérimentation, puisqu'ils ont pour but le progrès et la découverte de la vérité, on ne peut s'empêcher de reconnaître leur peu de succès, même au point de vue physiologique. Exécutées en réaction des théories vitalistes, ces expérimentations faites ainsi à outrance, sans mesure ni limite, comme les Allemands ont réussi à les mettre à la mode un peu partout, — ces *Leçons* en offrent le plus frappant spécimen — aboutissent en fin de compte au même résultat. Ce ne sont que théories, hypothèses contradictoires qui éclairent aussi peu les causes cachées, organiques des maladies, ou la physiologie pathologique, que leur traitement.

Et quand leurs auteurs proclament orgueilleusement que c'est là la médecine de l'avenir, il est douteux que devant le nihilisme de ses résultats, au point de vue pratique, on ne l'abandonne pas dès que le règne de la mode tudesque aura passé.

On concussion of the spine, nervous shock, etc. (Contusion de la moelle épinière, choc nerveux et autres lésions obscures du système nerveux au point de vue clinique et médico-légal) ; un vol. in-8° par M. Eric Erichsen, Londres. Recueil des leçons faites par l'auteur sur ces points encore neufs et peu explorés.

NÉVRALGIES. L'ostéite condensante à forme névralgique peut en imposer pour le diagnostic aussi bien pour une névralgie simple que pour des abcès des os, comme M. Gosselin l'a établi. Heureusement la trépanation et l'évi

dement de l'os conviennent dans l'un et l'autre cas, et c'est ainsi probablement que la trépanation a pu être citée comme curative des névralgies. Un nouveau cas en est rapporté par M. Pingaud. — Voy. OSTÉITE.

Si, chez la femme, les manifestations hystériques sont parfois de précieux enseignements pour un diagnostic et un pronostic anticipés de la sclérose des centres nerveux (voy. *ces mots*), ce sont les névralgies rebelles et prolongées chez l'homme. Les premières douleurs des ataxiques sont ainsi significatives. Une sciatique très-douloureuse en fut aussi le prélude dans un cas et une gastralgie ancienne avec vomissements incoercibles. (*Lyon méd.*, n° 28.)

Névrotomie. Deux succès remarquables obtenus récemment en sont de nouveau relatés par M. Letiévant, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon. C'était pour une névralgie sous-orbitaire, dans le premier cas, chez un mécanicien de cinquante et un ans qui en souffrait depuis cinq ans. Tout était épuisé. Le nerf, mis à nu dans le canal sous-orbitaire, fut soulevé et excisé dans une étendue de 8 millimètres. La guérison fut complète et immédiate, mais il ne s'était encore écoulé que deux mois lors de la publication. Tout danger de récidive n'était donc pas disparu.

La névralgie existait dans le maxillaire inférieur gauche, dans le second cas, depuis douze ans, lorsque le malade, à bout de ressources, consentit à être opéré. Une incision de la muqueuse, s'étendant de la dernière molaire supérieure à la dernière inférieure, permit de déterminer avec le doigt le siége de l'épine de Spix qui domine l'entrée du canal dentaire. Un crochet pénétrant chargea le cordon nerveux qui fut divisé avec un bistouri boutonné. La névralgie cessa immédiatement et, malgré quelques accidents consécutifs, il n'y avait pas de récidive un an après. (*Lyon méd.*, n° 21.)

Un troisième succès en est relaté contre une névralgie périphérique de la région pectorale gauche, suite de chute. Le point douloureux au toucher n'avait pas plus d'un centimètre d'étendue à quatre travers de doigt au-dessous de la clavicule. Bientôt la douleur s'étendait vers l'aisselle, le cou, la tempe, puis la tête, avec éblouissements et étourdissements. Les moindres efforts provoquaient les accès.

Le 22 mars, une incision de 4 centimètres découvrit le

nerf pectoral dont 4 centimètres furent reséqués. Les douleurs cessèrent immédiatement et ne s'étaient pas reproduites trois mois après. (*Idem*, n° 33.)

Contre une névralgie épileptiforme de la face chez une femme de cinquante et un ans, ayant déjà subi pour la même cause la section des nerfs sus- et sous-orbitaires et du dentaire inférieur, M. Lande ne craignit pas, malgré les récidives antérieures, de pratiquer la section des nerfs nasal interne et externe. On n'en dit pas le résultat. (*Gaz. méd. de Bordeaux*, août.)

MM. Arloing et Tripier pensent que l'on doit chercher à faire des sections isolées et périphériques, de façon à isoler en quelque sorte les réseaux ou les fibres sur lesquels porte l'agent morbide. Ils se fondent sur ce que, d'après leurs recherches expérimentales (voy. Nerfs), les fibres récurrentes occupent habituellement la périphérie des faisceaux nerveux et que d'ordinaire ils se trouvent immédiatement au-dessous du névrilème, tandis qu'elles sont de plus en plus rares et disparaissent même complétement au-dessus des points indiqués par Valleix comme étant spontanément douloureux dans les névralgies. (*Association française*.)

Étirement. A la suite des luxations, des fractures et surtout des amputations des membres, les nerfs sont irrités, comprimés et même fixés dans leur trajet par le gonflement, l'épaississement des tissus ou la formation d'adhérences dans leur continuité, dans le cal ou le moignon. Leur jeu, leur glissement est ainsi gêné, ils perdent leur liberté et leur indépendance d'action. Ces accidents résultent surtout de la position donnée aux membres. Dans l'amputation de l'avant-bras, par exemple, le coude restant ordinairement fléchi pendant la convalescence, les nerfs s'adaptent à cette position. Plus tard, quand les mouvements ordinaires sont repris et que l'avant-bras est étendu, les nerfs fixés dans la cicatrice peuvent ressentir une certaine gêne, du tiraillement par l'extension du membre et de l'irritation en résulter. De là des douleurs, des engourdissements des parties innervées. A la suite d'une fracture de la partie antérieure de l'humérus ayant laissé un épaississement considérable du condyle interne, le blessé éprouva ainsi une vive douleur dans le trajet du nerf cubital et de l'engour-

dissement dans l'annulaire et le petit doigt dans les mouvements soudains et étendus de l'avant-bras ; douleurs dues sans doute aux tiraillements du nerf, par suite des adhérences anormales qu'il avait contractées dans son trajet.

Tel est le résumé d'une leçon clinique faite par M. Callender à *Saint-Bartholomew's hospital,* à propos d'une nouvelle opération pratiquée dans ce cas. C'est l'étirement, l'élongation du nerf médian pratiquée sur un charpentier de vingt ans qui avait subi une amputation primitive au poignet pour une grave blessure de la main. Une cicatrisation imparfaite et douloureuse s'en étant suivie, une amputation secondaire fut faite. Le moignon était encore douloureux quand, sept semaines après, il s'y fit une nouvelle blessure, et c'est ainsi qu'à son entrée à l'hôpital le bras et l'avant-bras étaient froids, et la peau, d'un brun noirâtre, était sans élasticité ni mobilité. Le malade se plaignait d'élancements dans les muscles du moignon et du bras, mais surtout d'une douleur continue, exacerbante, insupportable du moignon au coude et au bras. Sensibilité à la pression, surtout sur le trajet du nerf médian, se répétant bientôt sur d'autres branches, notamment le cubital et le cutané externe.

Malgré la caléfaction, des lotions stimulantes et calmantes, des injections morphinées, il n'y avait ni soulagement, ni sommeil. Le 27 mars 1874, M. Callender fit une incision sur le nerf médian, le découvrit dans un pouce d'étendue environ et, après l'avoir libéré, c'est-à-dire détaché des tissus adjacents, il l'étira avec force en le tirant en bas de trois quarts de pouce environ. La plaie fut ensuite lavée avec une solution d'acide salicylique et fermée ; puis pansée avec la même solution : une partie dans vingt d'eau.

Aucune complication ne survint, si ce n'est une douleur dans le trajet du nerf le soir même et le lendemain ; elle cessa ensuite sans retour, le sommeil revint et le 16 avril la plaie guérie, le bras et l'avant-bras avaient repris leur chaleur et leur nutrition ordinaires. Le 25, l'opéré sortait de l'hôpital et depuis lors, c'est-à-dire quatorze mois après l'opération, aucune rechute de la douleur ne s'était fait sentir. (*Lancet*, 26 juin.)

Sans chercher à expliquer ni le mécanisme de ces dou-

leurs ni celui de leur guérison, comme l'auteur le fait longuement, ce succès est assez remarquable pour attirer l'attention. L'étirement du nerf serait préférable à sa résection, s'il était prouvé qu'il peut remplacer la névrotomie.

Jasmin sauvage. On s'occupe beaucoup des propriétés sédatives de cette plante qui croît sur le bord des rivières et sur les côtes de l'Océan. C'est surtout en Amérique que les premiers essais en ont été faits, puis en Angleterre et en Allemagne. L'intensité de son action a même été démontrée par quelques cas d'empoisonnement. Elle affaiblit et paralyse les muscles respiratoires, surtout le diaphragme, et diminue l'activité du cœur.

A la dose de un gramme de teinture dans les vingt-quatre heures, le docteur Jurasz en a obtenu la guérison de cinq cas de névralgie qui ont rapidement disparu, notamment une sciatique qui avait résisté à tous les traitements et qui disparut en quinze jours. (*Centralblatt med.*, n° 31.)

Éserine. Basé sur les expériences de Fraser, témoignant de sa propriété dilatatrice des vaisseaux, le docteur Munro l'a appliquée avec avantage contre la névralgie du trijumeau qui détermine la contraction des vaisseaux de la région douloureuse. Employée topiquement dans les cas légers, sous forme d'emplâtre contenant 5 milligrammes d'éserine, comme une mouche d'opium ou de Milan, elle a fait disparaître la douleur et la contraction rapidement, parfois en cinq minutes. Une ou deux gouttes d'une solution au 30e ou au 40e, selon l'intensité de la douleur, instillées dans l'œil du côté affecté ou une solution au 15e en frictions avec une brosse en poil de chameau sur la région douloureuse, ont aussi fait disparaître la douleur dans les vingt-quatre heures. Deux fois seulement sur onze cas, il y eut de la dilatation pupillaire et une seule fois des troubles de la vue.

Mais il faut dire que ces succès ont été obtenus aux Indes occidentales, dans un pays marécageux, sur des sujets probablement tarés d'impaludisme et consécutivement de tic douloureux intermittent. (*British med. Journal.*)

Névralgie idiopathique de la face. *Azotate d'aconi-*

tine. Ce sel est spécialement indiqué dans la forme protopathique et surtout la névralgie *a frigore* et congestive, selon M. Laborde. On l'emploie en solution titrée pour injections sous-cutanées ou en granules d'un quart de milligramme pour l'usage interne; ceux-ci sont préférables. On en prend un de quatre en quatre heures, jamais plus tôt entre les repas et sans jamais dépasser cette dose. 4 granules dans les vingt-quatre heures suffisent, et mieux encore trois administrés pendant la nuit. Dès que la névralgie est vaincue, on diminue rapidement la dose à deux et un pour prévenir la récidive. (*Tribune méd.*, 14 novembre.)

Injections profondes de chloroforme. Dix à vingt gouttes de chloroforme bien pur, injectées profondément sous la peau au voisinage du nerf douloureux, ont donné des résultats remarquables au docteur Robert Bartholow. S'étant pratiqué expérimentalement une injection profonde de quinze gouttes au mollet, il n'en résulta qu'une douleur supportable, un gonflement local considérable avec induration consécutive et douloureuse pendant plus de trois mois. Cependant, il n'hésita pas à le répéter sur un homme de quarante-cinq ans, souffrant depuis six ans malgré les opiacés, les injections de morphine, l'électrisation, l'arrachement des dents, la résection des nerfs, etc. Une injection de vingt gouttes de chloroforme lui donna du calme pendant plusieurs mois. Alors il y eut un retour offensif de la névralgie, et l'on dut pratiquer une nouvelle injection de cinq gouttes. Guérison.

Homme de cinquante-deux ans, malade depuis douze ans. Accès de névralgie très-fréquents et très-douloureux; quatre injections de chloroforme; guérison pendant plusieurs mois.

Malade atteint de syphilis tertiaire en même temps que de névralgie trifaciale. Une injection de chloroforme le soulagea pendant trois jours, alors que l'injection de morphine ne lui donnait que deux ou trois heures de calme imparfait.

Mattison (de New-Jersey) a vu le cas suivant : Un sujet atteint de tic douloureux depuis deux ans n'obtenait qu'un médiocre soulagement d'une injection de morphine de 30 centigr. On lui injecta vingt gouttes de chloroforme ;

soulagement complet pendant cinq jours, et calme relatif pendant quatre semaines. La guérison fut obtenue plus tard. (*Practitionner.*)

Il faut pourtant remarquer que ce soulagement plus ou moins prolongé n'est obtenu qu'après une douleur locale violente causée immédiatement par l'injection, un gonflement plus ou moins considérable et une induration persistante. Ce sont là des complications locales à considérer et dont il sera prudent de prévenir les malades avant de les soumettre à ce procédé tout américain.

NÉVRITE OPTIQUE. A mesure que l'on étudie le fond de l'œil avec l'ophthalmoscope, on se convainc que cet examen peut fournir des signes précieux de certaines altérations du cerveau. C'est ce que M. le docteur Bouchut, l'un des premiers, a désigné sous le nom de *cérébroscopie,* et il n'est pas étonnant que cette étude ne devienne un jour le plus sûr moyen de diagnostic des maladies encéphaliques. Plusieurs données symptomatologiques sont déjà acquises pour la méningite, et la névrite optique, lorsqu'elle coïncide avec d'autres symptômes, paraît déceler à peu près sûrement l'existence d'une tumeur cérébrale.— Voy. *année* 1874.

M. Pagenstecher (de Wiesbaden) a confirmé la réalité de ce signe par l'autopsie de sept sujets observés dans les hôpitaux de Londres. Après avoir examiné le fond des yeux pendant la vie, il s'est assuré des lésions existantes après la mort et il a constamment rencontré diverses tumeurs dans la substance cérébrale. La longueur des détails nécroscopiques empêche de les relater ; mais, malgré l'aspect divers des lésions, M. Pagenstecher les rapporte à une seule et même dégénérescence. Au début, on trouve au plus haut degré l'hyperémie veineuse de la rétine avec changement de coloration et gonflement fungiforme de la papille. La rétine reprend parfois assez brusquement, à une certaine distance de la choroïde, son épaisseur normale. Elle n'est complète que dans la couche des fibres nerveuses altérées, où elle repousse les autres couches de la rétine et les éloigne de leur point d'origine. Les vaisseaux centraux sont aussi comprimés au niveau de la choroïde.

L'épaississement des fibres nerveuses n'est pas uniforme ni continu. Il a lieu par places, sous forme de perles fusi-

formes ou en massue et comme enfilées dans un collier. Chaque œil en est affecté différemment. A un fort grossissement, le contenu des fibres ne paraît composé que de petites gouttelettes de graisse qui ne se dissolvent pas dans l'éther.

Plus tard s'établit une métamorphose régressive consistant dans la rupture des éléments nerveux et leur atrophie consécutive. La papille est aplatie et ratatinée, parfois tuméfiée seulement par une grande augmentation du tissu connectif.

Le tissu connectif, associé aux terminaisons intra-oculaires du nerf optique et aux vaisseaux sanguins, participe aussi à cette tuméfaction. Les noyaux sont notablement augmentés de nombre et de volume. Il est le plus développé autour des noyaux centraux. Plus la période est avancée et moins on trouve d'éléments nerveux et plus la papille se trouve affaissée. L'atrophie partielle ou totale marque le processus final, ainsi que l'accroissement anormal du tissu connectif autour des vaisseaux, des fibres nerveuses et la multiplication des noyaux disséminés.

L'augmentation des petits vaisseaux dans la papille et son voisinage est seulement apparente dans les premières périodes. Plus tard, ils subissent la même régression que les autres tissus.

L'œdème ne s'est pas rencontré. Si donc il contribue au gonflement de la papille, il ne paraît pas indispensable à sa production.

Sans être constante, la dilatation de l'espace intervaginal, dans la portion du nerf optique, située derrière le globe oculaire, paraît jouer un certain rôle. Elle s'est présentée 4 fois sur 7, quoique la structure du nerf optique fût parfaitement normale, mais avec atrophie dans 3 cas, ainsi que de la papille.

L'auteur est ainsi amené à former deux groupes de ces altérations des papilles optiques dans les cas de lésions cérébrales. Le trait principal du premier est le développement de nouveaux vaisseaux sanguins et leur transsudation dans la pupille qui en est peut-être la conséquence. Cette congestion particulière de la rétine constitue surtout la névrite optique. Le caractère du second est le gonflement des fibres du nerf, correspondant à leur dégénérescence grais-

seuse, dans l'œil même, ce qui est la principale cause de l'augmentation du volume de la papille. Dans cette forme, l'altération des fibres nerveuses se prolonge plus ou moins dans la rétine et s'accompagne assez souvent d'extravasations de sang. Elle ressemble ainsi à la maladie de Bright et peut être appelée névro-rétinite circonscrite.

La première forme se change souvent en la seconde. Mais ni l'une ni l'autre ne permet de déterminer, à coup sûr, la nature ni le siége de l'affection cérébrale. (*Ophthalmic hospital Reports* et *Ann. d'oculistique*, septembre et octobre 1874.)

On voit que ce travail, accompagné de planches, éclaire plus l'anatomie pathologique que la symptomatologie de la névrite optique. C'est donc en portant l'attention sur ce dernier point que l'on pourra distinguer la nature, la marche et le siége des lésions dont elle est l'expression.

Névrite ascendante. — Voy. Atrophie.

Névri-sciatique. — Voy. Sciatique.

NÉVROSES. Névrose cardiaque tellurique pernicieuse. Variété des fièvres pernicieuses observée par M. Burdel (de Vierzon) en raison même de l'impaludisme endémique de ce pays Voici l'exemple type qu'il en rapporte. Une dame, habitant un château construit dans une prairie très-étendue, inondée l'hiver et au printemps, offrant les conditions palustres les plus marquées, est prise de malaises lors de son sixième accouchement. En l'observant par hasard, quarante-huit heures avant, M. Burdel est frappé de la fréquence du pouls. Il ne pouvait le compter et le cœur faisait entendre un murmure continu.

L'accouchement se fit très-rapidement le lendemain, avant l'arrivée même du médecin. Mais, en observant le même phénomène que la veille, il ne put l'attribuer à l'accouchement. Le pouls était comme une corde vibrante, quoique la malade, souriante, ne redoutât pas plus que la veille le danger qui la menaçait. Instruit par ses observations précédentes, M. Burdel voulut passer la nuit au château pour administrer la quinine en cas de besoin. Un vomissement et une diarrhée terrible surviennent en effet et, à

défaut de sa seringue hypodermique, le médecin ne peut agir efficacement contre cette perniciosité effrayante. Deux médecins de Paris sont appelés en hâte et ne peuvent porter un diagnostic précis des phénomènes dont ils sont témoins. La malade s'éteint presque immédiatement.

Trois observations à peu près semblables, survenues plus tard, ont éclairé M. Burdel sur le caractère pernicieux de ces accidents. La quinine, injectée à haute dose par la méthode endermique, en triompha.

Ce serait donc là une nouvelle névrose pernicieuse qui ne se révèle que par des troubles dans la circulation. Elle affecte principalement les nerfs cardiaques et les vasomoteurs, sans présenter ni périodicité, ni rémission, ni phases. On peut ainsi la confondre avec l'angine de poitrine ou une embolie du cœur. La précipitation extrême des battements cardiaques à la main et à l'oreille peut seule l'en faire distinguer. L'anxiété est moindre que dans l'angine de poitrine, et la peau, tantôt sèche et brûlante, se couvre parfois d'une sueur profuse et froide.

Cette marche insolite peut en faire méconnaître la nature. Il faut donc sans hésiter administrer largement la quinine si l'on ne veut voir survenir une mort foudroyante comme dans le cas précité. (*Acad. de méd.*, avril, et *Union méd.*)

M. le docteur Barély (de Nice) rapproche de ce fait trois cas de fièvre pernicieuse syncopale qui ont de grandes ressemblances avec cette névrose cardiaque, notamment chez une femme de trente-huit ans, vivant aussi dans un milieu palustre et qui, à propos d'une bronchite, fut prise de pâleur avec faiblesse et refroidissement au milieu de la nuit. Ce n'est que par des commémoratifs minutieux, que, diagnostiquant une intermittence pernicieuse, M. Barély administra le sulfate de quinine à haute dose et put sauver sa malade en l'obligeant à quitter son habitation. (*Union méd.*, n° 82.)

Ces deux conditions : impaludisme, accidents inexplicables, suffisent donc à justifier l'emploi de la quinine en pareil cas.

NITRITE D'AMYLE. Parmi les diverses propriétés, parfois merveilleuses, attribuées à cet agent, surtout en Angleterre, celle de faire disparaître instantanément les

céphalalgies nerveuses n'est pas la moins curieuse. Il suffit à cet effet de verser deux gouttes, ni plus ni moins, du précieux liquide dans le creux de la main du patient, de les étendre sur la surface palmaire, et de porter ainsi la main sous le nez en faisant de lentes et profondes aspirations. Tout cela doit se faire instantanément à cause de l'extrême volatilité du nitrite d'amyle analogue à celle de l'éther.

L'effet de cette inhalation est instantané. Son intensité chez certaines femmes nerveuses, hystériques, impressionnables, peut même paraître alarmante. Aussi est-il nécessaire de faire préalablement asseoir ou coucher les malades. En deux ou trois minutes, toute trace d'accident a disparu. James Simpson recourait souvent à cette pratique toute simple, et M. Douglas Lithgow n'a jamais vu manquer ses bons effets. Mais, comme c'est là un excitant très-énergique de la circulation, on ne doit jamais l'employer chez les personnes atteintes d'affections du cœur. (*Lancet*, 16 octobre.)

Que doit-on entendre maintenant par céphalalgies ou mieux encore céphalées nerveuses? Nos auteurs ne le disent pas. Mais il s'agit évidemment de ces douleurs de tête par anémie auxquelles les individus pâles, faibles, chlorotiques sont si exposés. Ce n'est donc là qu'un palliatif qui en faisant affluer le sang au cerveau, comme l'indiquent la rougeur soudaine de la face, les battements des tempes et le sentiment d'agitation des pieds à la tête, peut bien faire disparaître momentanément la céphalée, mais qui reviendra bientôt si l'on ne modifie la quantité et la qualité du sang par un traitement approprié.

Employé contre les spasmes convulsifs ultimes de la rage par M. C. Paul sans une action bien appréciable (voy. Rage.). Malgré le réveil et parfois même la ressuscitation apparente qu'il a déterminés dans certains cas d'agonie, de syncope, de mort apparente, il n'y a pas lieu de croire qu'il réussisse dans les spasmes convulsifs de la rage. A cause de son extrême volatilité, on l'emploie en tubes bouchés que l'on brise au moment de s'en servir.

Antagonisme avec le chloroforme. — Voy. Antagonisme.

NYSTAGMUS. Les mineurs travaillant sous terre, les houilleurs en particulier, seraient spécialement atteints de ce spasme oscillatoire des muscles de l'œil, d'après l'expérience du docteur Bell Taylor. Il en a ainsi rencontré neuf à dix cas dans son district houiller pendant les douze dernières années. Il en rapporte trois cas types, comme exemples, observés en 1875, et l'appelle ainsi *Miner's nystagmus*, en raison de ce qu'il l'a exclusivement observé chez ceux-ci, indépendamment de tout autre défaut oculaire; qu'il s'était développé pendant leurs occupations et guérit assez rapidement en les cessant, tandis que tous les moyens employés restent nuls si le mineur continue sa profession. Il est remarquable que les mineurs attribuent leur vision imparfaite aux accidents si fréquents qu'on observe parmi ces travailleurs, mais il est certain qu'ils n'ont qu'une action indirecte par la commotion nerveuse et l'influence dépressive qui en résulte. Il est donc bien différent de celui qui se développe chez les enfants, surtout durant leurs études, et qui persiste quand même ensuite.

C'est surtout quand le houilleur, hors de la mine, debout et arrêté, veut fixer un objet que le spasme oscillatoire des muscles se manifeste par des contractions alternatives des muscles droits et obliques. C'est une affection analogue à la crampe des écrivains, des pianistes et des télégraphistes, voire même celle des danseurs. Tous les muscles animés par la troisième paire peuvent ainsi en être atteints. Le mineur faisant un effort soutenu pour voir dans une imparfaite lumière, les muscles de l'accommodation sont surmenés et s'accoutument ainsi à ces mouvements irréguliers et anormaux. D'où il suit, étiologiquement, qu'un degré considérable de tension des muscles de l'œil peut contribuer au développement du nystagmus et que, dans ce cas et dès que l'on s'en aperçoit, le meilleur traitement est de faire cesser aussitôt les occupations qui le provoquent. (*Lancet*, 12 juin.)

O

OBSTRUCTION INTESTINALE. Elle peut ne donner lieu à aucun symptôme positif, autre que la constipation,

chez les aliénés. Tel fut le cas d'une femme de trente et un ans qui devint hallucinée en nourrissant le dernier de ses enfants. Elle mangeait fort peu et ne dormait pas depuis six jours lorsqu'elle fut amenée le 16 mai à l'Antiquaille de Lyon. Face rouge, vultueuse, œil brillant et fixe, peau chaude, insensible, couverte de sueur. Température axillaire à 40°, pouls à 140. Constipation.

Malgré les émétiques et les purgatifs, la constipation persista opiniâtrément jusqu'au 22 mai que la mort eut lieu sans vomissements autres que les purgatifs administrés, sans manifestation ni de coliques, ni de douleur malgré un ballonnement considérable du ventre. L'obstruction ne fut même pas soupçonnée.

L'autopsie montra une invagination de l'intestin à $1^{m},50$ au dessous du pylore avec un amas de matières diverses, solides et liquides au-dessus, y compris un lombric. A ce niveau, les parois intestinales sont enflammées et épaissies, avec quelques adhérences récentes; péritoine sain.

L'état de folie amène ainsi une telle modification dans la marche et la symptomatologie que M. Saint-Cyr, vétérinaire, y voit une grande analogie avec les étranglements intestinaux du cheval et du chien. Le cheval ne vomissant pas ne présente ainsi que des coliques violentes, parfois atroces, sans pouvoir en diagnostiquer ni le siége ni la nature. Les vomissements font aussi défaut chez le chien. Les coliques ne paraissent pas aussi vives que chez le cheval, quoiqu'il exprime la souffrance et vousse en marchant la colonne vertébrale. La constipation absolue est ainsi le seul signe de l'obstruction comme chez la folle de l'Antiquaille. (*Soc. des sc. médic.*, mai, et *Lyon méd.*, n° 29.)

Exploration manuelle. Considérant l'innocuité des manipulations, tractions, incisions, lotions pratiquées sur le péritoine dans l'ovariotomie et la kélotomie, M. Pridgin Teale ne craint pas de l'inciser longuement, pour explorer l'intestin, toutes les fois que le siége d'une obstruction ne peut être déterminé autrement. Comme preuve de l'innocuité de cette pratique, il relate une observation communiquée à la Société médico-chirurgicale de Leeds le 2 octobre 1874. C'était un sommelier de quarante ans qui éprouvait une vive douleur dans le bas-ventre avec selles rares et mucus

sanguinolent. Le toucher rectal n'apprenait rien. Une petite tumeur était perçue dans la fosse iliaque. Après des alternatives de mieux et de pire, pendant plus de neuf mois, il entra à l'infirmerie pour une obstruction complète, et c'est alors que, pour en connaître le siége, une incision de cinq pouces de long fut pratiquée sur la ligne médiane au-dessous de l'ombilic, permettant d'introduire la main et d'explorer la cavité abdominale. Après avoir parcouru le côlon ascendant et transverse distendus, il perçut dessous, au niveau de la crête iliaque gauche, une tumeur grosse comme une noix. C'était l'obstacle déjà reconnu par la palpation. Il ferma donc l'ouverture abdominale par des points de suture et pratiqua la colotomie selon le procédé d'Amussat. L'opéré put ainsi reprendre peu après ses occupations avec son anus contre nature. (*Lancet*, n° 11, mars.)

Comment, avec un cas semblable et un autre encore moins concluant, préconiser une pratique aussi dangereuse et téméraire? Le succès ne justifie pas toujours les moyens employés pour l'obtenir. Ici, il enseigne au contraire de ne pas le répéter, puisqu'il n'a servi qu'à en montrer l'inutilité. Le danger de la gastro-entérotomie dans les étranglements internes et son inutilité le plus souvent ne permettent guère d'y recourir dans les cas d'obstruction par une tumeur, un obstacle quelconque du gros intestin. La colotomie peut toujours être employée de préférence. — Voy. *ce mot.*

Aspiration. Devant la gravité et l'incertitude de la gastro-entérotomie et l'impuissance des autres moyens, M. Demarquay a eu recours avec succès, dans trois cas, à l'aspiration des gaz de l'intestin par la ponction dont l'innocuité a été mise hors de doute, dans ces derniers temps, dans la pneumatose aussi bien que dans les hernies (voy. *années* 1870-71). Dans le dernier, il s'agissait d'un garçon de vingt-ans en proie à des nausées, vomissements muqueux, tympanite considérable, insomnie, suffocation à son entrée à la Maison de santé le 25 février 1875. Une obstruction intestinale existait depuis deux jours. A la visite du 26, l'état s'étant encore aggravé, M. Demarquay pratique quatre ponctions intestinales avec le trocart capillaire Potain, à droite et à gauche, en faisant l'aspiration des gaz par le

vide dans un grand bocal. A mesure que leur évacuation s'effectue, le ventre s'affaisse et le malade se trouve soulagé. Le cheminement de ceux qui restent s'entend bientôt, grâce au rétablissement péristaltique de l'intestin. Le malade peut prendre un peu de bouillon dans la journée sans vomir. Le calomel à dose fractionnée est aussi bien supporté. La tympanite persiste néanmoins et augmente. Quatre nouvelles ponctions amènent encore l'issue d'une grande quantité de gaz et de matières intestinales liquides. Tout accident cessa dans la journée.

Comment s'opère le rétablissement du cours des matières fécales dans ce cas? Le but de Nélaton, en pratiquant la gastro-entérotomie de bonne heure en pareil cas, était de faire cesser la tympanite qui paralyse l'intestin par excès de distension et de rétablir ainsi ses mouvements. L'accumulation prolongée des matières fécales dans le gros intestin produit le même effet; c'est ainsi que par la colotomie, pratiquée pour un rétrécissement cancéreux du rectum infranchissable après une constipation prolongée, des matières s'échappent spontanément par l'anus (voy. Colotomie.) Si donc au début de l'obstruction on fait disparaître la tympanite par l'aspiration artificielle des gaz au-dessus de l'obstacle, les mouvements péristaltiques de l'intestin peuvent de même se rétablir et faire ainsi disparaître l'obstruction comme dans le cas précédent. C'est un exemple à suivre, car ce moyen est à la portée de tous les praticiens.

M. le docteur Tuefferd (de Montbéliard) en a donné l'exemple en y recourant dans quatre cas et trois fois avec succès, depuis le 20 septembre 1873. Les accidents remontaient à vingt, onze et six jours et, dans ces trois cas, le météorisme a été immédiatement diminué de moitié au moins; la tonicité étant ainsi rendue aux parois intestinales, des selles se sont produites dans un temps qui a varié de un quart d'heure à six heures. Si l'effet n'a pas été aussi sensible dans le quatrième cas, malgré dix-neuf ponctions successives, ces ponctions multiples n'ont été suivies d'aucun accident, pas plus dans ce cas que dans les précédents. On peut donc toujours l'employer. (*Union méd.*, n° 152.)

Lavements forcés avec la sonde œsophagienne. Le profes-

seur Fraeys (de Gand) les a employés avec succès chez deux malades de quarante-cinq ans. Introduisant deux doigts de la main droite aussi haut que possible dans le rectum, il fait glisser le bec de la sonde bien huilée dans leur intervalle. S'il s'arrête devant le promontoire ou tout autre anse ou repli de l'intestin, il suffit de pousser une injection aussi abondante que possible pour que, la distension de l'intestin en résultant, la sonde puisse avancer plus loin, de manière à arriver parfois jusqu'à l'obstacle ou du moins à être introduite en entier. On divise ainsi l'opération en plusieurs temps par ce véritable cathétérisme du gros intestin qui peut servir utilement au diagnostic aussi bien qu'au traitement. Des liquides médicinaux peuvent être ainsi injectés directement avec plus d'utilité pour exciter l'intestin, dissoudre les matières durcies, ou faire glisser les corps étrangers qu'il peut contenir. On sait que des noyaux, des pepins, sinon des débris de haricots, peuvent s'accumuler dans l'S iliaque et y déterminer des accidents formidables de péritonite, d'ulcération et de mort. En atteignant cet appendice ou cul-de-sac, la sonde œsophagienne permettra mieux de déloger ces corps étrangers, en irriguant sa cavité et mettre ainsi fin aux accidents (*Bull. de la Soc. de méd. de Gand*). C'est là un perfectionnement réel aux lavements ordinaires avec le clysopompe, surtout dans les cas d'obstruction où les malades, en proie aux vomissements, au hoquet, peuvent difficilement supporter la présence d'une grande quantité de liquide dans le gros intestin; mais c'est un procédé d'hippiatrie depuis longtemps employé. Dans un cas d'obstruction intestinale d'un bœuf de quatre ans, M. Cézard introduisit ainsi un tube en caoutchouc de 1^{m},20, dans le rectum, jusqu'à la terminaison du petit côlon. L'autre extrémité étant fixée sur la canule d'une seringue dont le piston était enlevé, la seringue étant tenue verticalement à 50 centimètres environ au-dessus de l'animal, on verse lentement de l'eau froide qui descend dans l'intestin par son poids. 30 litres sont ainsi introduits en quinze minutes environ en maintenant le tube dans le rectum et en fermant l'anus avec les deux mains.

Un danger de ces injections forcées, c'est la perforation de l'intestin enflammé près de l'occlusion et rendu ainsi plus friable. C'est ainsi qu'une déchirure fut constatée sur

le bœuf précité, quoique les injections liquides et gazeuses eussent été très-modérées. (*Recueil de méd. vétérin.*, avril.)

Eau gazeuse. Qu'il s'agisse de hernie ou d'obstruction de l'intestin, le développement artificiel des gaz créant une force, en vue de vaincre la résistance de l'obstacle, se généralise de plus en plus avec succès (voy. Hernies, 1873). Chez un homme de soixante-deux ans, entré à l'hôpital Necker avec une hernie inguinale gauche qui s'étrangla, les vomissements persistaient avec absence de selles malgré la réduction, lorsque M. Guyon, diagnostiquant une simple obstruction, pensa à l'emploi de l'eau gazeuse. Une sonde œsophagienne est introduite dans le rectum aussi haut que possible et l'on adapte à son extrémité inférieure le robinet d'un siphon d'eau de Seltz. A mesure que l'eau pénètre et distend les anses intestinales, on pousse la sonde qui peut pénétrer ainsi jusqu'à 40 centimètres.

La première tentative fut nulle. L'eau revint par la sonde sans avoir produit son effet. Une seconde tentative, faite immédiatement, amena, au contraire, l'expulsion de matières fétides abondantes, et le malade guérit rapidement.

Dans deux cas analogues, MM. Bouchut et Béhier ont eu recours au même procédé avec un égal succès, et M. Pitois (de Rennes), sur cet avis, guérit également un malade qui avait employé en vain les lavements et les purgatifs les plus variés. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

Obstruction de la veine porte. *Diagnostic différentiel de la cirrhose par les urines sucrées alimentaires.* — Voy. Cirrhose.

ŒSOPHAGE. *Nouveaux moyens pour en extraire les corps étrangers.* Un fragment d'os implanté à la partie supérieure de l'œsophage et qui avait résisté pendant deux jours aux crochets et à l'éponge, soit pour le descendre, soit pour le remonter, fit imaginer le procédé suivant à M. le docteur Gautier. Il fit pénétrer dans l'estomac un pessaire de Gariel muni d'un gros fil de fer. Le pessaire étant placé un peu au-dessous du corps étranger et le mandrin retiré, il gonfla et dégonfla alternativement la boule élastique, à quatre reprises, afin de dilater l'œsophage au-dessous et au niveau

de l'implantation du corps étranger pour l'ébranler et le détacher. Il y eut dès lors une amélioration sensible dans la déglutition et, six jours après, l'os était rendu dans les selles. Ce procédé peut donc recevoir de nombreuses applications. (*Bull. de la Soc. de méd. de la Suisse romande.*)

Procédé du poireau. Un succès de ce singulier moyen, renouvelé d'Ambroise Paré, a eu lieu à l'hôpital de Laval. C'était sur un berger d'une cinquantaine d'années, presque idiot qui, dans un accès de gloutonnerie, avait avalé un os du tarse d'un pied de porc, de la grosseur d'une noix. Aucun moyen ne réussissant pour le repousser ou l'extraire et le panier de Graefe étant tombé dans l'estomac, on allait procéder à l'œsophagotomie quand le docteur Hubert eut recours à un gros et long poireau, dont les radicelles étaient coupées. Une légère pression suffit à faire tomber l'os dans l'estomac. (*Bull. méd. de la Mayenne.*)

Imperforation. Elle s'est rencontrée à l'autopsie d'un nouveau-né atteint d'anus imperforé et de plusieurs autres malformations. Ce conduit faisait suite au pharynx et se terminait en cul-de-sac, à 2 centimètres de son origine. La trachée, bien développée, présentait, un peu au-dessous de sa bifurcation, un orifice conduisant dans un canal communiquant avec l'estomac et qui n'était autre que le bout inférieur de l'œsophage. Le vomissement immédiat des liquides avalés et l'absence de ballonnement du ventre étaient les seuls éléments du diagnostic. (*Soc. de chir.*, juillet, n° 7.)

OPÉRATIONS. L'hypertrophie du foie, sinon sa dégénérescence amyloïde ou graisseuse qui se constate surtout chez les enfants à la suite des longues suppurations, n'est pas une contre-indication à l'intervention opératoire, selon M. R. Barwell. Chez deux filles de quatre ans et demi et de quatorze, atteintes de coxalgie suppurée avec fistules multiples et abcès et qui présentaient coïncidemment une augmentation considérable du foie avec dureté, mais sans inégalités notables, la résection du col et même la désarticulation purent être exécutées avec succès. Il y eut guérison dans les deux cas et le foie reprit consécutivement ses dimensions normales. (*Lancet*, 1874.)

Traité des opérations d'urgence, par Louis Thomas, professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Tours, précédé d'une introduction et revu par le professeur Verneuil; un vol. in-12 avec 62 figures, dont 19 coloriées.

« Dans certains cas d'urgence, dit M. Verneuil dans son introduction, il n'y a plus ni officier de santé, ni docteur, ni médecin, ni chirurgien, ni spécialiste; mais seulement, d'un côté, un homme en danger de mort prompte, et, en face de lui, un autre homme qui peut le sauver par une intervention rapide et bien conduite. Si ce dernier, timide ou inhabile, ajourne l'acte sauveur ou l'exécute mal, il compromet la vie de son semblable et assume sur lui-même une lourde responsabilité jusqu'à celle de l'homicide involontaire inclusivement.... Mais il faut au praticien un livre substantiel, concis, fermement rédigé et portatif qu'on puisse lire et relire au quart d'heure décisif et dans les moments de loisir; un catéchisme de la chirurgie d'urgence susceptible d'être en quelque sorte appris par cœur, renfermant tout ce qu'il est indispensable de savoir, n'admettant guère dans ses pages que les notions essentielles et les préceptes à peu près universellement acceptés.... M. Louis Thomas a tenté l'entreprise et l'a, je crois, menée à bien. » Cet éloge en est la meilleure bibliographie.

Opérations sur la face et dans la bouche. L'écoulement du sang dans les voies respiratoires et digestives en est un des principaux obstacles. Il empêche d'employer l'anesthésie et, en suffoquant l'opéré, en provoquant des vomissements, il compromet souvent le succès de ces opérations. Le tamponnement de la trachée, proposé par Treudelenbourg pour obvier à ces dangers, nécessite la trachéotomie. Or, comme un nombre considérable de Suisses sont atteints d'hypertrophie du corps thyroïde, M. E. Rose a jugé que cette trachéotomie accroîtrait considérablement les dangers déjà inhérents à l'opération principale et pour la résection du maxillaire supérieur aussi bien que pour les uranoplasties, les rhinoplasties, les laryngotomies, il a eu recours à un expédient qui permet l'anesthésie sans danger d'écoulement du sang à l'intérieur. — Voy. RÉSECTION DU MAXILLAIRE.

OPÉRATION CÉSARIENNE. L'indication s'en trouve dans la présence d'un kyste de l'ovaire s'opposant à l'accouchement. Elle paraît du moins résulter de la relation des faits suivants :

Une primipare de trente-deux ans arrive à terme après une grossesse normale. Après deux jours de douleurs infructueuses, le docteur Raader est appelé et constate une tête volumineuse solidement enclavée au détroit supérieur. Douleurs continues; bassin normal. On attend sans plus de succès jusqu'au lendemain. Alors les contractions ont diminué; le pouls petit est à 124, ventre sensible. L'exploration révèle alors, à droite et à gauche de l'utérus, une tumeur sonore, tympanique à la percussion. Cette sonorité est attribuée à la masse intestinale et, comme l'enfant est vivant, on applique le forceps après chloroformisation. Mais tractions et applications répétées restent vaines. La céphalotripsie fut pratiquée sans que l'accouchement se fît. Il fallut introduire un crochet aigu courbe dans le crâne et lui donner prise solide sur un point symétrique du côté opposé pour exercer des tractions énergiques et réussir dans l'extraction.

Après l'expulsion du placenta, une tumeur se révéla à droite, vers le fond de la matrice. La femme succomba le lendemain et l'autopsie permit de constater une tumeur, comme une tête de fœtus à terme, ayant son origine dans l'ovaire droit. Elle est pédiculée et dégagée de toute adhérence. Son incision donne issue à un liquide trouble, caséeux, contenant des cheveux blonds et des poils en grande quantité. Il y avait une péritonite partielle vers le fond de l'utérus intact et sans épanchement. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

Il est bien évident que si le diagnostic eût pu être porté d'avance, dans ce cas, l'opération césarienne était indiquée de préférence à toute autre, car elle permettait de sauver l'enfant et laissait au moins quelques chances de vie à la mère qui eût été délivrée en même temps de son kyste dermoïde. C'est en pareil cas remplir deux indications à la fois ou faire, comme on dit vulgairement, d'une pierre deux coups.

Cette prévision s'est réalisée en Australie par un fait étrange, communiqué à la Société médicale de Victoria en

décembre 1874 par le docteur Hillias. Une femme de vingt-quatre ans, étant à l'hôpital, se prétendait enceinte depuis plus d'un an quand, après une consultation, il fut résolu, que, au lieu d'une grossesse, il s'agissait d'un kyste de l'ovaire. L'ovariotomie est ainsi pratiquée le 13 juin, lorsque, arrivé au péritoine, M. Hillias blessa l'utérus en l'incisant. Un fort jet de sang veineux en jaillit et, en étendant l'incision, un utérus volumineux s'échappa et roula sur les cuisses de l'opérée, laissant le kyste à découvert. Ce dernier fut ponctionné et donna environ 12 litres de liquide. Le pédicule court et épais fut serré solidement avec une double corde à boyau, le clamp fut placé et le pédicule sectionné.

Pendant tout ce temps, l'utérus était resté sur les cuisses avec la plaie de la tunique musculaire maintenue par un aide. Il renfermait manifestement un fœtus. L'opération césarienne fut alors continuée dans la plaie primitive et l'on fit l'extraction d'un fœtus de huit mois environ, vivant et bien développé. L'opération fut ensuite terminée comme à l'ordinaire.

Des vomissements survenus pendant les deux premiers jours furent calmés par la morphine et la glace. Tout allait bien le quatrième et, malgré un léger écoulement de pus par la plaie pendant quinze jours, la cicatrisation eut lieu, et, six semaines après, l'opérée était guérie. Les menstrues parurent un mois après pendant quatre jours et régulièrement ensuite. (*New-York med. Record*, juillet.)

Sauf les particularités étranges de ce fait singulier, il n'a rien de si extraordinaire, puisque M. Spencer Wells a bien pratiqué l'ovariotomie pendant la grossesse. Pourquoi ne la pratiquerait-on pas en même temps que l'accouchement, le ventre étant ouvert pour inciser l'utérus? Assurément, c'est là un cas des plus graves. Mais, le kyste étant diagnostiqué et s'opposant à l'accouchement, l'opération césarienne est certainement indiquée, comme la plus rationnelle, et subsidiairement l'ovariotomie. Nous croyons bien avoir lu une autre relation analogue à la précédente où l'enfant du moins a été sauvé par cette opération.

OREILLE. *Valeur de son examen médico-légal.* La cavité tympanique étant remplie chez le fœtus de mucus que les mouvements respiratoires font seuls disparaître après la

naissance, par la pénétration de l'air, il est aisé de juger, par cet examen, si l'enfant a respiré ou non. Un auriste allemand, M. Wreden, prétend que c'est là un moyen aussi sûr que la docimasie pulmonaire et qu'il peut la remplacer lorsque l'on n'a, pour juger cette question, que la tête d'un nouveau-né. Un grand nombre d'autopsies lui ont montré, par exemple, que vingt-quatre heures de vie extra-utérine suffisent pleinement pour faire disparaître ce coussinet muqueux, tandis que sa résorption n'est que partielle au bout de douze heures. Mais le contraire peut aussi s'observer. La pénétration de l'air par les trompes dans la caisse du tympan étant activée par les cris, les efforts de succion et les mouvements de déglutition, il arrive que, quand les poumons sont sains, le bourrelet n'existe plus, douze heures après la naissance, que dans les cellules mastoïdiennes, au toit du tympan et sur la paroi labyrinthique; tandis que, quand les mouvements respiratoires sont faibles ou les poumons malades, la résorption n'est que partielle après vingt-quatre heures. Mais, dans ce dernier cas, les restes du bourrelet muco-gélatineux sont injectés d'un rouge sombre.

Sa résorption commence dans la trompe au plancher de la cavité et sur la membrane tympanique, puis à l'extrémité postérieure de la caisse et à la paroi labyrinthique, et, en dernier lieu, à la voûte de la cavité. Dans l'otite moyenne des nouveau-nés, le bourrelet muqueux inflammatoire se développe précisément dans un ordre inverse.

Elle s'opère aussi vite et de la même manière chez les enfants nés avant terme. Wendt a constaté que les mouvements respiratoires intra-utérins exercent la même influence sur cette résorption que ceux qui ont lieu après la naissance. Ce peut donc être là une cause de confusion et d'erreur qui diminue beaucoup la valeur de ce signe. (*Vierteljahrs f. gericht Med.*, octobre 1874.)

Température. En se servant de thermomètres très-fins, de 10 à 12 centimètres de long, gradués de 30 à 43°, introduits dans le conduit auditif externe jusqu'au tympan, le docteur Mendel s'est assuré, par des observations répétées, que la température de l'oreille externe égalait celle du rectum à l'état normal, sauf 1 à 3 dixièmes de différence. Même pendant les attaques apoplectiques ou épileptiques,

celle de l'oreille s'élève à peine de 1 à 2 dixièmes, ce qui semble indiquer, par la relation intime des veines du fond du conduit auditif avec celles du crâne, que la température du cerveau n'est pas augmentée dans ces cas.

Mais c'est le contraire dans le cas d'intoxication par le chloral et la morphine. On voit constamment alors la température auriculaire s'abaisser notablement jusqu'à 1 degré, tandis que celle du rectum ne varie pas. D'où l'indication que la température du cerveau ne s'élève pas, dans ces cas, malgré la rougeur et la congestion de la face et que les vessies de glace, qui sont le remède banal de ces intoxications, ne conviennent nullement. (*Archiv. für pathol. Anat. und. phys.*)

Localisation des lésions. Dans l'impossibilité de les découvrir par les moyens directs, le docteur de Capdeville a eu recours à la montre pour en diagnostiquer le siége. En l'enveloppant d'un tissu graduellement plus épais, on en diminue progressivement le bruit du tic-tac jusqu'à le faire cesser complétement au contact des os du crâne, tandis que, dans ces conditions, l'oreille saine en perçoit encore le bruit à 30 ou 35 centimètres de distance. C'est fondé sur cette expérience qu'il conclut à une lésion des organes conducteurs toutes les fois que la montre est mieux entendue sur le crâne qu'à 30 centimètres, et d'autant plus à une moindre distance. C'est au contraire à une affection des parties profondes, comme l'oreille interne, le nerf auditif ou les centres nerveux, que l'on a affaire quand la montre est aussi mal entendue sur le crâne qu'à 30 centimètres de distance ou qu'elle ne l'est en aucun de ces points. (*Des signes fournis par l'examen fonctionnel de l'oreille;* brochure extraite du *Marseille méd.*, 1875.)

OREILLONS. *Emploi du jaborandi pour en prévenir la métastase.* — Voy. JABORANDI.

OS. *Allongement pathologique.* Contrairement à ce qui avait été observé sur l'homme (voy. *année* 1873), M. Haab a constaté que l'irritation continue produite par un corps étranger sur les os longs, comme l'application de deux anneaux ou deux lamelles, ne se limite pas à l'accroissement de l'os

irrité ; l'os contigu en reçoit aussi l'influence. En expérimentant sur le tibia, il a vu se produire des changements du même genre dans le fémur. L'irritation doit être suffisamment intense et prolongée à cet effet. La pointe doit être enfoncée dans la diaphyse du tibia, très-près du cartilage. Le fémur ne se modifie que tardivement, mais parfois plus sensiblement que le tibia. Il n'est pas dit que le même effet résulte du contraire, c'est-à-dire que l'irritation du fémur provoque aussi l'allongement du tibia. (*Centralblatt*, n° 13.)

Ce résultat expérimental sur des chats ne paraît donc qu'une simple curiosité pathologique, sans application pratique, comme la plupart des travaux allemands.

Bien plus concluantes et pratiques sont les recherches de M. Poncet qui a constaté une augmentation de poids notable des os du membre supérieur dont on se sert le plus, selon que l'on est droitier ou gaucher. Au point de vue médico-légal de l'identité, cette constatation peut être des plus importantes. — Voy. MÉDECINE LÉGALE.

Coloration par l'alizarine. Une solution au vingtième d'alizarate de soude injectée dans la proportion de 5 à 10 centimètres cubes dans la jugulaire de jeunes chiens par Lieberkühn, a produit, dix minutes après, une coloration en bleu rouge des os, couleur analogue aux sels calcaires d'alizarine. D'où il conclut que la coloration des os par la garance est due précisément à des composés calcaires d'alizarine et de purpurine. La même coloration, moins accusée, se produit sur les os des chiens adultes. Une demi-seringue de cette solution au cinquantième, injectée dans le sac lymphatique de la grenouille, colore tout le squelette en bleu rouge deux heures après. Des os macérés, plongés dans cette solution, se colorent de même. (*Centralblatt*, n° 7.)

Comme épreuve chimique, ce peut être là un résultat très-satisfaisant, mais, pour juger de l'accroissement des os auquel la garance a servi, l'alizarine ne saurait la remplacer chez l'homme. C'est donc là encore un fait purement expérimental.

OSTÉITE. *Trépanation et évidement des os. L'ostéite à forme névralgique* peut non-seulement faire croire à une né-

vralgie simple, elle peut encore simuler les abcès épiphysaires des os ; M. Gosselin l'a établi par une série de faits cliniques. La douleur, dans ce cas, est aussi vive et rebelle, et si l'on trépane, au lieu de pus, on ne trouve parfois ni liquide ni cavité. C'est une névrite des nerfs constatée par certains anatomistes dans les os longs. Dans l'ostéite condensante, il peut exister des cavités dans l'os, mais elles sont vides et la douleur n'en est pas la conséquence, puisqu'elle existe de même en leur absence. Toujours, au contraire, l'os est plus ou moins hypertrophié, comme il est facile de le constater par la trépanation ou l'évidement qui leur sont applicables comme aux abcès, et amènent également la disparition des douleurs. Six observations personnelles à M. Gosselin en sont la preuve. (*Acad. de méd.*, 5 octobre.)

Ces remarques ne sont pas seulement applicables aux os longs, comme M. Gosselin le dit, les os plats, le frontal en particulier, sont aussi le siége de cette ostéite condensante à forme névralgique. Les douleurs, très-intenses, existaient dans toute la zone de distribution du trijumeau droit, ainsi que dans le côté correspondant du cou jusqu'à l'épaule. Précédées d'un *aura* qui gagnait la région précordiale et la gorge, elles se terminaient par des accès épileptiformes des plus graves. On soupçonna un abcès entre la dure-mère et le crâne. La trépanation ne rencontra de collection liquide ni dans l'os ni dessous, mais un os très-dur, dont le diploé était entièrement condensé et l'épaisseur accrue à ce point qu'elle dépassait la hauteur de la couronne du trépan. La rondelle ainsi excisée portait sur sa tranche de petites excavations ou cupules renfermant du tissu fongueux au lieu de pus. Aussitôt cette opération, les douleurs cessèrent, ainsi que les accès qui en étaient la conséquence. C'est donc encore ainsi que la trépanation a pu guérir l'épilepsie symptomatique. (*Acad. des sciences,* octobre.)

OVARIOTOMIE. Le docteur Keith (d'Édimbourg) ne craint pas de la pratiquer dans les cas de suppuration du kyste révélée par la ponction et alors que les accidents annoncent une mort prochaine. Sur 10 cas opérés dans ces conditions, il obtint 8 guérisons, comme la relation des observations le prouve. Il ne craint donc pas d'en recom-

mander l'emploi en pareille circonstance. (*Edinb. med. Journal.*)

Chargé spécialement du traitement des affections de l'ovaire à l'Infirmerie royale d'Édimbourg, M. Keith, comme M. Spencer-Wells, a augmenté graduellement ses succès dans l'ovariotomie. Dans une première série de 50 cas, il perdit 11 opérés, 8 dans la seconde et dans la troisième, et, dans la quatrième qu'il vient de publier, il n'en a perdu que 6. C'est donc 33 morts sur 200 opérées. C'est un résultat qui n'est obtenu qu'en Angleterre.

On en compte toujours les cas en Italie ainsi que les succès. La soixante et unième seulement a été pratiquée sans succès par le docteur P. Rossi à l'hôpital de Vicence et la soixante-deuxième par le professeur Peruzzi, le 1er août, à cause d'une violente inflammation du kyste ponctionné onze jours auparavant. Quelle différence avec l'Angleterre où M. Spencer Wells seul en a pratiqué plus de cinq cents ! Est-ce parce que les kystes de l'ovaire sont plus fréquents dans le Royaume-Uni qu'ailleurs ou parce que les malades s'y font opérer plus facilement ou que celles d'autres nations vont s'y faire opérer ? C'est un point intéressant à rechercher, et que l'indication de la nationalité dans les statistiques suffirait à éclaircir.

Adhérences. Malgré les différents signes indiqués pour en diagnostiquer l'existence : forme étalée du ventre (*Richet*), absence de grincement à la pression des parois abdominales (*Kœberlé*), rétraction de l'ombilic (*Spencer Wells*), longue durée des kystes, ponctions antérieures, etc., etc. (voy. *années* 1867-1868), il est impossible, dans la généralité des cas, de rien affirmer à cet égard ; des suppositions, des probabilités, sont seules permises.

Dans un cas de kyste dermoïde de l'ovaire dont la surface interne à l'examen fut trouvée parsemée de petites tumeurs kystiques renfermant les unes du liquide filant, les autres une matière graisseuse et, en outre, des poils, des cheveux et une très-grande quantité de dents, M. Polaillon avait constaté, avant l'opération, l'immobilité de la tumeur et l'impossibilité de la déplacer. Il avait même perçu très-nettement le frottement ou bruit de neige indiqué comme caractéristique d'adhérences par les auteurs. Il hésitait donc

à pratiquer l'ovariotomie, en raison des nombreuses adhérences qu'il s'attendait à rencontrer, lorsqu'à son grand étonnement il n'en rencontra aucune avec la paroi abdominale. Le kyste adhérait seulement à l'épiploon. Il contenait 8 litres de liquide et pesait 6 kilogrammes. L'opérée guérit. (*Soc. de chirurgie*, 11 août.)

Un signe plus rationnel a pourtant été constaté cliniquement par le docteur Bouyer (d'Angoulême) et reconnu exact par l'opération : c'est le changement de la matité et de la sonorité de la tumeur suivant la position que l'on fait prendre à la malade. L'ayant constaté chez une dame de quarante-neuf ans, portant depuis trente-quatre ans un kyste de l'ovaire qui avait été ponctionné vingt-quatre fois et seulement depuis quelques semaines la dernière fois, il en inféra que la tumeur était flottante dans l'abdomen et par conséquent sans adhérences. L'ovariotomie pratiquée à Royan, le 8 mars dernier, justifia le diagnostic. Aussi son exécution fut des plus simples. Le seizième jour, la cicatrice était complète, l'opérée guérie lorsqu'elle se soumit imprudemment à un refroidissement qui provoqua une pneumonie mortelle en trois jours. (*Gaz. méd. de Bordeaux*, mai.)

La durée ni les ponctions du kyste ne prouvent donc pas absolument l'existence des adhérences. Il convient, pour s'en assurer, de ponctionner d'abord le kyste, comme cela a été recommandé par les observateurs les plus prudents, et de vérifier, dans les jours, les semaines suivantes, s'il flotte dans l'abdomen, à droite et à gauche, suivant la position que prend la malade. La matité et la sonorité varient selon ces positions si la tumeur n'est pas fixée par des adhérences, tandis que ces phénomènes restent fixes dans le cas contraire.

Un beau succès en a été obtenu par M. Poncel chez une femme de trente-six ans qui, après un dernier avortement suivi de phénomènes inflammatoires, avait senti une tumeur y succéder peu de mois après. Restée presque latente pendant trois ans, elle augmente tout à coup et, après une ponction qui donne 33 litres d'un liquide brunâtre et filant, l'examen permet de diagnostiquer un kyste multiloculaire de l'ovaire droit.

L'ovariotomie, faite le 24 avril dernier, rencontre tout

d'abord des adhérences considérables jusqu'au voisinage de l'estomac et le rebord inférieur du foie avec une poche considérable. Celle-ci vidée, une seconde se découvre, grosse comme une tête de fœtus, et adhérente aux parois de l'excavation pelvienne. Le tout formait une masse kystique avec cinq ou six autres petits kystes de petit volume et un pédicule de 3 centimètres environ de longueur. L'exploration de l'ovaire gauche montre un autre kyste, comme une grosse noix, dont le pédicule est étranglé dans une anse de fil métallique et extirpé.

L'hémorrhagie est arrêtée par la pression prolongée des vaisseaux ou la torsion, mais sans cautérisation quelconque car, pour l'auteur, ils produisent tous de l'inflammation des tissus, ou laissent des corps étrangers qui peuvent contribuer au développement de la péritonite. Contre l'épanchement sanguin qui s'ensuivit, il pratiqua simplement des sondages dès que les douleurs se faisaient sentir par l'angle inférieur de la plaie. Le premier donne 80 grammes de sang pur et les suivants de moins en moins. La glace, constamment tenue sur tout le ventre jusqu'au dixième jour, dans le but de prévenir la péritonite, combat efficacement la pneumatose. En quinze jours, la guérison était complète. (*Marseille médical*, nº 9.)

La gêne du cœur et des poumons résultant d'un vaste kyste et surtout l'existence d'une bronchite ou d'une pneumonie sont une contre-indication à l'ovariotomie. Le vide subit en résultant peut déterminer une congestion pulmonaire intense et même la mort si une saignée ne vient rapidement y porter remède. — Voy. TUMEURS ABDOMINALES.

L'action dépressive des anesthésiques sur le cœur constitue un autre danger, surtout s'il y a altération organique coïncidente. Ayant ainsi à pratiquer une ovariotomie chez une phthisique avancée, le docteur Day employa le bichlorure de méthylène pour éviter le vomissement qui peut provoquer l'hémoptysie. L'opérée éprouva un grand soulagement et vécut encore trois mois après. (*Royal med. and. chir. Society*, avril, et *Lancet*, mai.)

Ovariotomie vaginale. Cette opération se conserve toujours en Amérique (voy. *année* 1869). Un nouveau succès

en a été obtenu par le docteur Davis sur une femme de vingt-neuf ans, enceinte de sept mois. Le kyste, probablement uniloculaire, s'élevait à gauche au-dessus de l'ombilic. Une ponction en fut d'abord pratiquée par le vagin pour favoriser l'accouchement. Des douleurs s'étant déclarées, un mois après, et le kyste se trouvant sur la ligne médiane et fixant l'utérus contre la paroi abdominale, l'excision en fut faite de la manière suivante.

Incision de 4 pouces environ sur la paroi postérieure et supérieure du vagin mettant le kyste à découvert. Des adhérences le fixant au petit bassin, la main, introduite dans l'abdomen, les détruit partout où elles existent. Le kyste est ensuite ponctionné et, à mesure que le liquide coule, le sac descend dans le vagin. Le pédicule est lié en deux portions, puis sectionné. Deux sutures à la partie supérieure de l'incision en diminuent l'ouverture, tandis que les fils de la ligature du pédicule sont placés à la partie inférieure. L'opérée guérit parfaitement. (*Bord. méd.*, mars.)

P

PANCRÉAS. *Dégénérescence graisseuse.* L'importance de la glande pancréatique dans la digestion rend toutes les lésions de cet organe d'un grand intérêt. Il est surtout curieux et remarquable que cette glande, dont le produit de sécrétion sert spécialement à émulsionner les matières grasses dans l'estomac, est susceptible de se transformer complétement en tissu cellulo-adipeux, un véritable lymphome. Cruveilhier après Dupuytren avait déjà signalé ce fait remarquable ainsi que Rokitanski et Klebs ; mais la dégénérescence n'était que partielle dans les cas observés par ces grands anatomistes, tandis que, dans celui observé par M. Lépine, le pancréas était complétement adipeux dans toutes ses parties ; on ne retrouvait plus d'acini glandulaires, il ne restait de distinct dans la glande que les canaux remplis et distendus par du mucus renfermant une masse crayeuse composée de phosphate, de carbonate de chaux et de mucus. C'est donc là un fait anatomo-pathologique nouveau et peut-être unique dont la réalité est mise hors

de contestation par l'examen histologique de M. Cornil. (*Soc. de biol.*, novembre 1874.)

Malheureusement, il n'est fait mention d'aucun des symptômes observés à la suite de cette dégénérescence pas plus que de son étiologie. Quant à son mode de production, M. Hénocque est disposé à admettre que cette atrophie est consécutive à l'inflammation et l'oblitération des canaux pancréatiques. M. Cl. Bernard a déterminé ainsi la destruction du pancréas, en quelques semaines, sur des chiens, par l'injection de matières grasses liquides dans le canal pancréatique. L'injection d'iode et même d'huile dans le canal de Sténon du cheval par M. Lafosse (de Toulouse), a amené également l'atrophie de la parotide. La cause probable de cette dégénérescence adipeuse serait donc l'inflammation ou l'oblitération préalable des canaux excréteurs du pancréas. (*Gaz. hebd.*, n° 49, 1874.)

PANSEMENTS. Les plus en vogue aujourd'hui sont fondés sur la panspermie de M. Pasteur ou la théorie des germes, comme on dit en Angleterre. Le pansement si minutieux et compliqué de M. Lister à l'acide phénique, comme celui de M. A. Guérin à la ouate, ont pour but essentiel de prévenir le dépôt des germes ou corpuscules de l'air sur la plaie et d'empêcher ainsi leur organisation et l'infection purulente qui en est la conséquence. Mais la présence des bactéries sous le pansement ouaté a infirmé cette théorie et leurs auteurs n'ont plus que la ressource ultime de dire que, dans ces cas, leur pansement n'a pas été bien fait. C'est la réponse faite par M. A. Guérin aux faits produits et c'est ainsi que M. Lister exige que les moindres détails de son pansement aient été employés, jusqu'à la pulvérisation, l'atomisation pendant l'opération, pour en accepter les résultats. Triste retranchement qui équivaut presque à en faire une spécialité, un monopole, et à dire, en cas d'insuccès, qu'eux seuls et leurs prosélytes, peuvent les bien exécuter.

Chlorure de sodium. Des expériences de Thoma sur les grenouilles lui ayant montré que l'injection d'une solution de chlorure de sodium arrête la mobilité des leucocytes, il s'ensuit qu'aucun médicament ne serait plus efficace, pour

tarir la suppuration, qu'une solution de sel de cuisine à 2 ou 4 pour 100 en pansement. C'est à essayer.

Pansement ouaté. Sa supériorité, dit M. Gosselin, ne saurait être attribuée à l'absence de microzoaires à la surface des plaies pour en expliquer les bons résultats, comme l'a fait son inventeur et les panspermistes. Des vibrions et des bactéries existent sur les plaies recouvertes d'ouate, si l'on examine le pus à des grossissements de 6 à 700 diamètres. La compression particulière, en favorisant la résorption rapide du sang épanché et des premiers matériaux du pus; la chaleur constante et longtemps maintenue par l'appareil; la rareté du pansement renouvelé seulement après le vingtième jour, en soustrayant la plaie au contact de l'air extérieur, en supprimant les mouvements imprimés aux surfaces traumatiques et les changements des rapports des parties, contribuent puissamment aux bons effets que l'on retire de la méthode.

La preuve que ce pus contient des ferments redoutables, dit M. Ollier, c'est que, injecté dans le tissu cellulaire des animaux, il donnait lieu à des phlegmons gangréneux, malgré son immunité constatée sur l'homme. Un autre avantage de ce pansement serait aussi, d'après le chirurgien lyonnais, de prévenir l'érysipèle traumatique, mais non absolument. Dans une épidémie de ce genre, un seul blessé, pansé à la ouate, fut atteint, tandis que vingt-trois malades pansés autrement devinrent érysipélateux. (*Acad. des sciences*, janvier.)

Cette donnée n'est pas concluante, car il faudrait savoir dans quelle proportion se trouvaient les pansements à la ouate et les autres.

M. Demarquay s'est de même assuré que le pansement ouaté, même silicaté, n'empêchait pas le développement des vibrioniens. Appliqué avec tout le soin possible sur des pointes de feu et enlevé seulement le trente-sixième jour, il présentait, dans le pus qui le souillait, des milliers de granulations mobiles à deux, trois anneaux ou plus, et des bâtonnets doués d'une mobilité remarquable.

D'autre part, le docteur Boulomié a conclu également de ses recherches à cet égard qu'aucun pansement ne met absolument les plaies à l'abri des micro-organismes. Le

mode employé n'influe que sur leur nombre et leur vitalité. L'alcool et la glycérine lui ont paru être les substances les plus propres à entraver leur prolifération et leur vitalité, tandis que l'acide phénique ne les arrête nullement. En s'opposant ainsi le mieux à la fermentation dans les plaies, l'alcool et la glycérine en favorisent aussi le mieux la cicatrisation. Ils attirent et absorbent l'eau et c'est en en privant les vibrioniens que leur efficacité s'explique. Le mode de pansement le meilleur et réunissant les avantages de *la destruction des germes* à ceux de leur non-pénétration dans l'économie, est donc l'alcool, la glycérine, la ouate et l'enduit imperméable. (*Acad. des sciences.*)

C'est cliniquement que M. Léon Labbé a jugé la valeur comparative des deux pansements en vogue. Ayant fait venir d'Angleterre les substances, les solutions titrées et les diverses pièces de l'appareil de Lister, il fit appliquer son pansement dans toute sa rigueur par le docteur Andréi, auditeur et disciple convaincu du maître. Après l'amputation d'une tumeur carcinomateuse du sein gauche chez une femme de quarante-cinq ans, non cachectique, on tenta vainement la réunion par première intention. La température s'éleva dès le lendemain et une pleurésie se développa qui rendit la cicatrisation très-lente. De même dans une amputation de l'avant-bras, pour une ostéite du poignet. L'emploi du pansement de Lister fut suivi d'un phlegmon.

Au contraire, dans deux amputations de cuisse, pansées à la ouate simultanément, chez deux garçons de dix-sept ans atteints de tumeur blanche, la température ne s'est élevée qu'à 39,4, pendant la fièvre traumatique des quatre premiers jours, et la cicatrisation était complète du cinquantième au soixantième jour. (*Progrès méd.*, n° 52.)

Ces résultats montrent assez la préférence à accorder à celui-ci.

Pansement antiseptique. Une nouvelle discussion, à la *Clinical Society* de Londres, a montré combien les chirurgiens anglais sont en désaccord sur l'efficacité de l'acide phénique. Pour les uns, les succès invoqués tiennent tout simplement aux soins plus grands donnés aux pansements; pour d'autres, le drainage employé simultanément en au-

rait la plus grande part. L'emploi partiel des mesures réclamées par Lister, dans la plupart des cas, prouvent d'ailleurs qu'elles ne sont pas indispensables. (*Lancet*, n° 27, 28 et 29.)

Sur la question du pansement des plaies après les opérations, M. Deroubaix a produit au Congrès de Bruxelles des chiffres vraiment merveilleux sur la méthode de Lister. Il n'y aurait pas eu un seul cas d'infection purulente dans 123 amputations pratiquées à Edimbourg en quatre ans, pas plus que sur 387 opérations plus ou moins graves à Berlin, et 3 ou 4 cas seulement à Leipzig sur 1200 opérations. Aussi lui donne-t-il la préférence sur le pansement ouaté. C'est pour lui le meilleur pansement antiseptique. Mais les détails trop minutieux de son exécution, la complication de l'appareil instrumental, le grand nombre de pièces de pansement, son prix élevé et le temps qu'il exige, sont autant d'obstacles à sa généralisation.

Malgré ces éloges, la section de chirurgie du Congrès considérant que la question n'est pas suffisamment élucidée ; que la voie reste ouverte à bien des perfectionnements et qu'il serait impossible d'attribuer à un pansement exclusif une supériorité incontestable sur tous les autres, a jugé opportun de ne prendre aucune conclusion et a laissé à son rapporteur, M. Debaisieux, toute la responsabilité de celles qu'il a formulées.

Action de la glycérine. Les diverses substances employées comme antiseptiques dans le pansement des plaies n'arrêtent pas davantage la prolifération de ces vibrioniens. L'acide phénique, l'alcool, la teinture d'eucalyptus, employés comparativement sur des plaies fraîches par M. Demarquay, n'ont pas empêché ces microzoaires de se développer et de vivre. Seule la glycérine a paru avoir une action toxique sur eux, car, après son emploi, le microscope les montre constamment sans mouvement.

La preuve de cette action toxique, c'est qu'il suffit d'ajouter une goutte de glycérine sur les bords de la lamelle où s'agitent dans tous les sens des milliers de vibrioniens pour que, en pénétrant par capillarité entre les deux lames de verre, ce liquide ne fasse cesser tout mouvement en quelques minutes. Leur immobilité est bientôt complète.

De même en mêlant à 10 centimètres cubes de sérosité fraîche et sans vibrions ou ancienne et remplie de vibrions, placée dans quatre verres séparés, 5 centimètres cubes des substances énoncées : alcool, acide phénique, essence d'eucalyptus et glycérine. Après quarante-huit heures d'exposition à l'air, ces vibrions se sont développés et ont continué de proliférer dans les trois premiers, aussi bien que dans celui où la sérosité était seule. Les résines et les baumes, comme l'essence de térébenthine, les baumes de Tolu et du commandeur, les teintures de myrrhe, de benjoin et d'aloès, de tannin, de cachou et de ratanhia, mêlés en diverses proportions à des liquides pathologiques extraits de l'économie et contenant ou non des vibrions, n'en ont nullement empêché le développement consécutif ou la prolifération ; tandis qu'ils se trouvaient constamment immobiles dans le liquide glycériné. Comment la glycérine n'empêche-t-elle pas leur développement dans la sérosité qui en est exempte ! C'est ce que le savant expérimentateur n'examine pas malgré l'intérêt de ce sujet. (*Union méd.*, nos 12, 14, 17.)

Solution de chloral. A l'alcool, à l'acide phénique et tant d'autres préparations qui ont certainement leurs indications spéciales, M. Marc Sée ajoute le chloral. Son emploi, comme antiseptique, est tout simple après les expériences qui ont établi depuis 1860 qu'il conservait le sang (*Richardson*) et les substances organiques (*Pavesi* et *Mortara*), retardait la fermentation alcoolique (*Byasson* et *Jolyet*) et prévenait l'apparition des mucédinées et la fermentation des substances albumineuses (*Hirne* et *Dujardin-Beaumetz*). A bien plus forte raison depuis que M. Personne a montré qu'il empêche la putréfaction des tissus animaux. C'est ainsi que Accetella l'employa en 1871 contre les ulcérations syphilitiques et Hirne et Beaumetz contre les eschares des fièvres graves. L'ayant trouvé efficace contre une diphthérite de la vulve, M. Sée en a généralisé l'usage au pansement de toutes les plaies ayant mauvais aspect, recouvertes d'enduits pultacés ; puis aux plaies contuses ou par écrasement avec décollement, mortification et suppuration abondante, excepté celles de la main contre lesquelles l'alcool lui a toujours paru préférable. Il l'emploie aussi en injections dans les foyers de suppuration fétide, les cavités anfractueuses des abcès par

congestion et les trajets fistuleux. Les plaies simples, accidentelles et chirurgicales, en ont été aussi efficacement modifiées. Deux amputations de cuisse, une résection du coude, six évidements du tibia, une résection du cubitus, deux de l'astragale, deux fractures compliquées de la jambe, une plaie du coude avec ouverture de l'articulation, ont été traitées ainsi. Des plaies contuses avec vastes épanchements sanguins, compliquées d'érysipèle et de phlegmon diffus, ont été pansées de même avec succès et sans le moindre accident du fait de ce liquide.

La solution employée est au dixième, rarement au vingtième. C'est au prix de revient de 12 à 15 centimes le litre. Elle est ainsi légèrement excitante et ne produit des bourgeons exubérants qu'à la longue.

L'odeur aromatique et l'innocuité d'absorption du chloral permettent de le porter sans inconvénient ni danger dans la bouche et les voies digestives. Cette solution peut ainsi servir aux plaies des lèvres et de la bouche, de la gorge et des amygdales, et surtout en gargarisme contre la fétidité de l'haleine et l'odeur infecte des dents cariées. Partout où il importe de détruire la fétidité, d'arrêter la fermentation et la putréfaction, d'empêcher la pullulation des vibrions et des microzoaires, en général d'écarter toute cause d'infection, l'hydrate de chloral est là pour remplir l'indication, et cela de la manière la plus certaine et la plus inoffensive.

Après avoir nettoyé la plaie avec un plumasseau de charpie imbibé de la solution, M. Sée la recouvre d'autres plumasseaux bien mouillés qu'il enveloppe d'un morceau de taffetas gommé, pour empêcher l'évaporation, en recouvrant le tout d'une épaisse couche d'ouate modérément serrée avec une bande. On voit que ce pansement méthodique, imité du pansement ouaté, peut, à lui seul, avoir une bonne part du succès.

Une légère sensation de picotement sans douleur réelle, et dont les enfants se plaignent à peine, résulte de l'emploi de cette solution. (*Journ. de thérap.*)

Acide salicylique. Après ce que nous avons déjà dit de son usage externe (voy. *ce mot*), ajoutons que les Allemands se servent spécialement d'une ouate qui en est imprégnée

pour le pansement des plaies. La glycérine fournit aussi un bon excipient.

En application directe sur les plaies, cet acide cause une douleur assez vive pendant deux à trois heures. Mais la formule officinale n'est pas irritante et jamais toxique. Il prévient la formation des bactéries et des vibrions dans le pus. Des pansements à la ouate salicyliquée sont restés onze jours en place, d'après Thiersch, sans présenter trace de champignons. De là son adoption en Allemagne en remplacement de l'acide phénique, plus cher et d'une odeur désagréable et pénétrante, mais avec toutes les précautions indiquées par Lister avec celui-ci. Ces soins minutieux et la ouate employée peuvent donc bien aussi avoir une grande part des succès invoqués.

Sur 89 grandes amputations, en effet, Thiersch annonce 64 guérisons, et 23 sur les 23 résections et fractures compliquées. Il y a cependant, dans cette brillante statistique, un cas d'érysipèle mortel, sur 3, et 3 cas de pyohémie fatalement terminés. Ce n'est donc pas un antiseptique infaillible.

Ce nouvel acide préviendrait surtout l'infection purulente, comme l'acide phénique entre les mains de M. Lister. Pas un seul cas n'en a été observé sur 167 amputations pansées avec la solution dans les hôpitaux de Berlin et de Leipzig. Inodore et moins irritant que l'acide phénique, il peut lui être substitué avec avantage.

M. Callender, dans l'essai qu'il en a fait, a trouvé qu'il augmente la suppuration et est moins efficace que les autres pansements antiseptiques. (*Clinical soc. of London.*)

Perchlorure de fer. Imitant la pratique de M. Bourgade (d'Aix) qui a obtenu la médaille d'or du Congrès médico-international de Paris (voy. CHIRURGIE, 1867), quoiqu'il eût été précédé dans cette voie par un chirurgien militaire, M. Salleron, M. le professeur Richet préconise l'application immédiate du perchlorure de fer à 30 degrés, sur toute la surface de la plaie, toutes les fois que par la profondeur du traumatisme et la division de vaisseaux les hémorrhagies et l'infiltration dans le tissu cellulaire sont à craindre. D'abord limitée à l'opération de la taille, cette pratique lui ayant donné de beaux succès, il l'a étendue aux plaies résultant

de l'extirpation des tumeurs profondes. Des bourdonnets de charpie imbibés de perchlorure sont introduits dans la profondeur de la plaie, les lèvres en sont badigeonnées, et, s'il en résulte une vive douleur immédiate, elle s'éteint bientôt; il y a un peu de rougeur ensuite, avec secrétion plastique formant une sorte de mur s'opposant au contact de l'air et à l'absorption des liquides putrides. Les pansements ne sont pas plus douloureux que les autres. (*Journ. de méd. et de chir. pratiques.*)

Pansement de M. Letiévant. — Voy. AMPUTATIONS.

PARALYSIES. *Paralysie générale.* Elle est de nature inflammatoire, selon M. A. Voisin, parce qu'en prenant la température axillaire et rectale matin et soir, pendant un an, chez tous ses paralytiques à la Salpêtrière, il a constaté qu'elle avait tous les caractères d'une maladie fébrile spéciale. Il en admet pourtant deux formes : dans l'une, l'inflammation est continue, quoique peu intense, avec une température de 39 degrés; dans l'autre, il y a intermittence dans la marche, surtout au début où les accès reparaissent régulièrement tous les huit, dix ou douze jours.

Les lésions anatomiques de la substance corticale sont également celles des inflammations viscérales chroniques et les lésions histologiques sont les mêmes. (*Acad. de méd.*, janvier.)

La lésion fondamentale du début, pour M. G. Thompson, serait, *à priori*, une diminution du calibre des vaisseaux de l'encéphale par un spasme permanent, spasme dû à une exaltation de la sensibilité des parois vasculaires. Imaginée d'après les symptômes observés, cette théorie n'a qu'un malheur, c'est de ne pouvoir être contrôlée. (*Journal of mental science*, janvier.)

La lésion des vaisseaux est en effet primitive et constante d'après les recherches minutieuses de M. Mierzejewski. Telles sont la prolifération des noyaux des capillaires et leur néoformation bien connues. Il a ensuite constaté l'altération des petites artères livrant passage par diapédèse aux globules blancs et rouges. On trouve même de légères extravasations sanguines et jusqu'à de petits épanchements autour des vaisseaux altérés. Leur calibre est ainsi diminué et leur

forme extérieure modifiée. Ils peuvent subir aussi la dégénérescence graisseuse. Mais quant à dire que toutes ces lésions microscopiques résultent primitivement d'un spasme, c'est là une pure hypothèse qui ne peut être vérifiée. (*Arch. de physiologie*, n° 2)

Fève de Calabar. Deux guérisons remarquables en ont été obtenues chez deux aliénés par le docteur Crichton Browne à l'asile de West-Riding. Depuis sept mois, un homme de quarante ans, petit, sanguin, vigoureux, sans hérédité, était devenu bizarre, puis dangereux, lorsqu'à son arrivée dans l'asile, le 12 octobre 1872, il est très-agité, bruyant et des plus exaltés, avec délire des grandeurs. Il s'émeut pour rien; mémoire très-affaiblie; légère contraction des pupilles, spasmes continuels des muscles de la face, langue tremblante, voix rauque, démarche agitée. Pouls fort à 60. On donne $0^{gr},0125$ d'extrait de fève de calabar trois fois par jour. Aucun changement n'étant survenu le 9 novembre, la dose est élevée à 18 milligrammes après un accès de fureur.

Le 23, la raison revient un peu.

Le 10 décembre, la tranquillité est plus grande, mais le tremblement des muscles de la face et de la langue persiste.

Au mois de janvier 1873, l'amélioration continue; le malade se plaint de douleurs dans les jambes, le sommeil est encore agité, les larmes apparaissent facilement.

En février, il est tranquille, complaisant, et se rend compte de sa position. Ses pupilles sont moins contractées; il y a encore des spasmes des lèvres et des sourcils.

Au mois de mai, le mieux continue; il y a des crampes dans les jambes; le traitement est toujours le même et, en juillet, le corps et l'esprit sont en parfait état. Au mois d'août, il quittait l'asile complétement guéri.

La seconde malade était une femme de trente-sept ans, mariée, petite et vigoureuse, ayant le teint frais et vermeil. Entrée à l'asile le 4 juillet 1870, elle présentait des tremblements de la langue et des muscles de la face, parole embarrassée, démarche chancelante et folie complète. La diète et l'oxyde de zinc étant restés sans résultat, on commence le traitement à l'extrait de fève de Calabar, le 25 octobre, à la dose de 12 milligrammes par jour.

Au mois de février 1871, on constate de l'amélioration; l'intelligence est plus nette et les muscles sont moins tremblants.

Le 2 mai, la maladie s'aggrave; le côté gauche est tout à fait paralysé, il y a de la fièvre, des vomissements; la malade ne peut ni mastiquer ni avaler. On suspend l'administration de la fève de Calabar et l'on prescrit des sinapismes à la nuque et des lavements nutritifs.

Le 5, les sphincters sont paralysés; il y a une large eschare au sacrum.

Le 12, la force commence à reparaître du côté paralysé, et, le 20, on prescrit de nouveau l'extrait de fève de Calabar.

Au mois d'août, elle peut s'habiller elle-même, mais ses idées sont toujours aussi extravagantes et ses pupilles très-dilatées.

En septembre, la raison reparaît et la marche est assez facile.

L'année suivante, au mois de mai 1872, il n'y a plus d'exaltation des idées, et il ne reste qu'un peu de tremblement de la langue. On continue toujours le traitement.

En décembre 1872, la paralysie générale est indubitablement arrêtée et, le 28 mai 1873, cette femme quittait l'asile parfaitement guérie. (*British medical journal* et *Bull. thérap.*)

Si l'amélioration graduelle et la guérison finale peuvent être invoquées comme une preuve de l'action du médicament, on ne saurait se dissimuler que la longueur du traitement peut aussi être une objection. De nouvelles observations sont donc indispensables pour démontrer cette action névrosthénique de la fève de Calabar.

Paralysies hystériques. *Coma initial*. — Voy. Coma.

Paralysie spinale ascendante. *Cautère actuel*. L'efficacité de ce moyen, signalée l'année dernière (voy. Myélite), est confirmée par un fait remarquable observé à l'Hôtel-Dieu de Lyon, sur une femme de quarante ans. Après de légers picotements dans les membres inférieurs, les pieds surtout, avec douleurs pongitives et locales, une faiblesse des jambes avec maigreur commença et s'accrut si rapide-

ment que la paraplégie était complète à son entrée le 5 décembre 1874. Sensibilité intacte; contractilité faradique abolie, point de paralysie de la vessie ni du rectum. Des douleurs en ceinture et des crises gastralgiques surviennent bientôt; faiblesse du membre supérieur droit qui augmente sensiblement. Inertie vésicale. Température à 38°,5. Le bras droit est complétement paralysé le 15 décembre et la parole s'embarrasse.

C'est alors que l'expectation cesse et que M. Gignoux fait appliquer de vastes cautérisations au fer rouge le long de la colonne vertébrale, depuis la proéminence jusqu'au sacrum. Une amélioration se manifeste trois jours après qui s'accentue chaque jour, au point que le 10 janvier elle pouvait marcher. (*Soc. des sciences médic.*, février, et *Lyon méd.*, n° 15.)

C'est donc bien par des révulsifs héroïques contre l'inflammation de la moelle qu'il faut agir sans retard, dans ces cas, sans attendre les troubles trophiques ni ceux de la sensibilité. On s'est trop occupé du siége de ces paralysies ascendantes, parfois si aiguës que quelques jours suffisent pour amener la paralysie complète et la mort. La paralysie a gagné ainsi les membres supérieurs en huit jours dans deux cas mortels observés par M. Soulier. La mort survint en trois jours dans le cas de M Martineau Il faut s'empresser, en pareil cas, d'agir sur la moelle, qu'il y ait ou non des troubles de la sensibilité.

Paraplégie dans le mal de Pott. *Étiologie.* Ce ne serait que par exception, suivant M. Charcot, que la déformation de la courbure du canal rachidien amènerait cette paraplégie dans les abcès par congestion. Pott lui-même avait vu la paralysie se dissiper alors que la déformation de la colonne vertébrale persistait sans modification. D'après M. Charcot, l'ostéite caséeuse du corps des vertèbres amène la production d'abcès qui soulève et déchire le ligament vertébral commun postérieur. Les fibres de ce ligament éraillé, la matière caséeuse s'épanche entre ce ligament et la dure-mère, et forme, dans ce tissu cellulaire que les Allemands appellent périméninge, de petites collections purulentes, collections toujours assez petites à cause des adhérences qui unissent la dure-mère rachidienne à la face

postérieure des vertèbres. Sous l'influence du voisinage de ces abcès, la dure-mère s'enflamme, s'épaissit, et cette pachyméningite caséeuse amène le développement d'une tumeur intrarachidienne, d'une sorte de champignon qui comprime et étrangle la moelle épinière. Le cordon médullaire s'enflamme à son tour et il se produit une véritable sclérose avec destruction plus ou moins complète des tubes nerveux. C'est donc, en dernière analyse, à une myélite qu'il faut rapporter la paralysie.

Les résultats de cette myélite ne sont pas irréparables. Les lésions de la moelle, quelque profondes qu'elles soient, peuvent permettre aux éléments nerveux de se régénérer, et c'est ainsi que Pott a vu revenir le mouvement et la sensibilité dans les membres paralysés.

Le traitement le plus efficace en pareille circonstance consiste dans l'application de pointes de feu sur les côtés de la colonne vertébrale, au niveau de la gibbosité. La cautérisation ponctuée donne ici, comme dans bien d'autres maladies de la moelle épinière, de très-beaux résultats.

M. Charcot cite, à ce sujet, l'observation d'une jeune Polonaise de quinze ans, traitée par ce moyen malgré l'avis contraire de Langenbeck. Le professeur de Berlin avait jugé la paraplégie incurable, et cependant, après deux cautérisations, la malade marchait; quinze jours après, en s'en retournant en Pologne, elle se présentait guérie à Langenbeck et lui fournissait ainsi une preuve irrécusable que l'empirisme pouvait avoir du bon quand il est mis en usage par des hommes de valeur. (*Gaz. méd. de Paris,* décembre 1874.)

Étude sur la paraplégie dans le mal de Pott, thèse inaugurale, par le docteur A. Courjon. Paris. Développement de cette démonstration qu'une pachyméningite débutant dans la dure-mère qui recouvre les os malades peut être la cause de cette paraplégie. Les exsudats atteignent d'abord les paires nerveuses à leur sortie des trous de conjugaison. Les douleurs si violentes qui s'observent sans paralysie dans le mal de Pott sont ainsi expliquées. Ce n'est que par continuité que la moelle est atteinte ensuite et produit les lésions de la motilité, la sensibilité et la nutrition des membres.

Paralysie unilatérale du voile du palais. En portant son attention sur ce symptôme local, isolé, caché pour ainsi dire, que l'on croyait très-rare depuis sa découverte par Montault en 1831, M. le docteur Duménil l'a constaté douze fois dans l'espace de treize années, aussi bien dans sa clientèle que dans son service de l'Hôtel-Dieu de Rouen. Des exemples qu'il rapporte, il résulte qu'il y avait six hommes et six femmes et que la paralysie existait six fois à droite et six fois à gauche. Dans sept cas, la paralysie était isolée tout en se rattachant à d'anciens accidents nerveux ou en étant le prélude; dans les autres cas, elle coïncidait avec une paralysie des muscles de la face, c'est-à-dire une hémorrhagie cérébrale. Ce symptôme a donc une certaine importance, quand il est isolé, en servant à indiquer, à prévoir une lésion nerveuse d'origine centrale.

On le reconnaît par une déviation de la luette qui est flasque et parfois relevée en crochet du côté opposé. L'isthme du gosier est inégal, plus étendu du côté paralysé, avec le pilier plus ou moins effacé. Au toucher, la muqueuse palatine est insensible du côté dévié et on peut la toucher, la refouler, sans provoquer de mouvements réflexes, ni sensation, ni contraction. Il y a donc lieu de rechercher ce signe et de le distinguer au moins des cas où la paralysie dépend d'une lésion locale du nerf facial. (*Arch. de méd.*, avril.)

Paralysie des muscles dilatateurs de la glotte. Aux trois observations enregistrées dans la littérature prussienne, Feith en ajoute une quatrième faite sur une femme de soixante-huit ans, atteinte successivement d'érysipèle facial, de pneumonie double et de dysphagie par paralysie consécutive du voile du palais. Cinq semaines après l'érysipèle, apparut une inspiration dyspnéique prolongée, sifflante, perceptible à distance, qui est le signe caractéristique de la paralysie des muscles crico-arythénoïdiens postérieurs. Le contraste d'une expiration relativement facile, courte et une voix intacte, assure encore le diagnostic. Le laryngoscope montre les cordes vocales immobiles séparées par une fente très-étroite sans rien d'anormal.

Dès le troisième jour de ces accidents laryngés, la dyspnée rendit la trachéotomie nécessaire. La canule a dû être

maintenue en place depuis sans que la faradisation ni les injections de strychnine aient ramené la contractilité des muscles. (*Berl. Klin. Wochens.*, 1874.)

Si, comme les détails le démontrent, c'est là une paralysie symptomatique et dépendante des affections aiguës, on se demande pourquoi il n'est pas fait mention des toniques généraux et de la restauration de la malade qui réussit ordinairement, en pareil cas, bien mieux que les excitants locaux.

Paralysies laryngiennes. La connaissance de ce sujet est si peu avancée que l'on doit savoir gré à MM. Bœckel d'y avoir consacré un paragraphe spécial dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Si les troubles de la sensibilité sont réels, ils sont dus ordinairement à des affections locales : on n'en connaît guère d'idiopathiques. D'où l'utilité de l'examen laryngoscopique. Quant aux paralysies motrices, on ne peut pas dire que le froid seul, l'hystérie, les provoque, car, comme le fait remarquer M. Isambert, l'arthritisme comme l'hystérie sont des affections générales sous l'empire desquelles la paralysie est le plus souvent. Elles sont donc aussi presque toujours symptomatiques. Aussi préférerait-il une division clinique, basée sur les signes observés, qu'une division anatomo-physiologique, comme l'ont faite les précédents auteurs.

C'est ainsi que les paralysies du spinal et du récurrent ne sont appréciables au laryngoscope que par la dilatation ou l'occlusion de la glotte. Toute paralysie du dilatateur, c'est-à-dire l'aphonie avec une glotte fermée, est due à la paralysie du récurrent, tandis que l'aphonie avec une glotte largement ouverte, ne peut tenir qu'à une paralysie du spinal, comme la preuve en est dans l'hémiplégie laryngienne de cause cérébrale (voy. LARYNX). Toute autre division, dans l'état de nos connaissances imparfaites, ne peut être qu'arbitraire et erronée. (*Ann. des maladies de l'oreille et du larynx,* septembre.)

PERCUSSION RESPIRATOIRE. Méthode nouvellement promulguée par M. Da Costa, professeur de médecine pratique au collége médical Jefferson, de Philadelphie, et médecin de l'hôpital de Pensylvanie. Elle consiste à percuter

le thorax, pendant la respiration forcée et prolongée, afin de déterminer, par la différence du son et du ton rendus pendant la respiration ordinaire, l'étendue et la gravité, ou l'absence des lésions. C'est, d'une autre manière, ce que l'on fait par l'auscultation pendant les inspirations profondes, la parole, la toux, etc. L'inspiration forcée permet surtout de mieux apprécier les différences, l'expiration forcée étant plus difficile.

A l'état normal, par exemple, et chez l'homme en particulier, la percussion de la région sous-claviculaire donne une résonnance augmentée, le son est plus clair, le ton plus haut, même à gauche où la différence est conservée. Plus bas et à partir du bord supérieur de la quatrième côte, où cesse la résonnance pulmonaire, elle est conservée pendant l'inspiration forcée et plus à gauche qu'à droite.

Postérieurement, dans la fosse sus-épineuse, une longue inspiration rend le son de la percussion plus plein et le ton plus élevé, de même qu'entre les deux omoplates et les régions sous-scapulaires.

Une expiration complète et lente diminue beaucoup, au contraire, la résonnance aux sommets et abaisse le ton. Le même fait s'observe moins clairement dans les autres parties.

Quoique bien peu changée pendant ces mouvements pulmonaires, la résonnance a pourtant un peu moins de douceur, et la légère âpreté en résultant correspond à une plus grande résistance sous le doigt qui percute. Il y a une plus grande quantité de son dans l'inspiration forcée et le contraire dans l'expiration. Ces modifications sont très-constantes. Cette méthode peut ainsi servir à perfectionner le diagnostic dans l'état pathologique.

Dans la bronchite, par exemple, quand le bruit respiratoire et le son sont altérés par l'abondance de la sécrétion et peuvent laisser des doutes sur l'intégrité des poumons, la percussion respiratoire sert à lever tous les doutes par la clarté normale du son qu'elle rend. Le contraire indique précisément l'altération pulmonaire, surtout par la comparaison avec les parties indemnes. La simple dépression pulmonaire donne un son presque normal, à moins que le collapsus soit très-profond et étendu.

La matité du son ne change pas dans la période d'hépa-

tisation de la pneumonie lobulaire aiguë, mais, dès que la résolution commence et avant même que les râles de retour ne l'indiquent, la percussion respiratoire est plus vibrante et plus pulmonaire. Ce signe a donc son utilité.

Dans la pneumonie chronique, qui a parfois tant de points de ressemblance avec la phthisie, la percussion, dans l'inspiration forcée des points mats, peut lever les doutes. Le son obtus diminue considérablement et peut aider ainsi au pronostic, comme trois cas cités le prouvent. Elle peut également servir à lever les doutes dans les cas de lésions valvulaires avec crachements de sang, expiration prolongée, râleuse et matité au sommet chez des sujets héréditairement prédisposés. L'obscurité du son disparaît ou s'atténue par la percussion pulmonaire, contrairement à ce qui arrive dans la tuberculisation.

Dans la pleurite aiguë avec exsudation plastique modérée, la percussion pendant l'inspiration forcée, donne une légère matité du son. Elle ne change pas, au contraire, quand il y a épanchement, mais le son clair produit au-dessus rend le contraste plus frappant. Elle sert également à distinguer la matité de la partie inférieure dépendant d'un engouement pulmonaire ou d'un épanchement.

Quand l'épanchement pleurétique se complique de souffle bronchique, la percussion durant l'inspiration forcée peut servir à décider s'il y a simplement compression, condensation du poumon ou hépatisation. Une clarté du son remplace l'obscurité dans le premier cas, tandis que celle-ci persiste dans le second; une observation clinique est relatée à l'appui.

La percussion respiratoire peut aussi faire cesser le son tympanique qui s'observe au sommet dans l'épanchement, comme l'auteur l'a constaté dans un cas à gauche. De même dans le cas de perforation de la plèvre, on peut mieux juger de l'étendue de la compression du poumon. Tout le côté gauche rendait un son obtus à la percussion, chez un malade ayant une ouverture fistuleuse de ce côté donnant du pus depuis vingt et un mois. Au contraire, le son était clair pendant l'inspiration forcée, excepté dans le point limité où il y avait des signes d'infiltration pulmonaire.

Au début de la phthisie, quand la percussion ordinaire ne rend encore qu'une matité incertaine, la différence est

plus marquée par la percussion pulmonaire. La matité devient alors plus précise et limitée, sinon le son est plus fort et élevé, sans changement marqué avec le côté sain. Ce moyen a permis de juger ainsi justement dans plusieurs cas douteux. La percussion, pendant l'expiration forcée, donne les mêmes différences.

En cas de dépôt tuberculeux réel, la percussion respiratoire sert encore à limiter plus rigoureusement l'étendue de la maladie en donnant une élévation de ton, due à la résonnance pulmonaire des parties non envahies. Quand les deux sommets sont atteints, la confrontation est plus difficile. Le son n'est pas augmenté, il est même diminué dans l'inspiration forcée, tandis que le ton est plus élevé, et que l'expiration forcée donne une résistance obtuse considérable au doigt qui percute.

La matité qui ne se modifie pas sous l'inspiration forcée, dans la phthisie, est un signe de progression, d'extension du mal. C'est ainsi que chez un phthisique, dont les signes physiques de crépitation et d'expiration prolongée étaient les mêmes que huit mois auparavant, excepté la faiblesse plus grande du murmure respiratoire, bien que les sueurs nocturnes indiquassent une aggravation, la percussion respiratoire la confirma en ne modifiant pas le son.

C'est le contraire dans le cas de cavernes. Au lieu du son mixte obtus et tympanique, sinon de pot félé ou amphorique, que rend la percussion ordinaire sur celles-ci, la percussion pendant l'inspiration forcée donne un son obtus plus résistant et d'un ton plus élevé, comme trois exemples cliniques en sont relatés à l'appui. Cette loi est invariable quand la caverne a une certaine capacité. Ses parois, prenant une plus grande tension dans la respiration forcée, doivent produire cette modification. Elle peut être un moyen de diagnostic différentiel entre la caverne et la dilatation bronchique dont les parois plus rigides ne peuvent produire la même modification. Le son était au contraire plus clair dans un cas. C'est une prévision à vérifier.

Dans les cas où une grande accumulation d'air donne un son très-clair, comme dans l'emphysème et le pneumothorax, la percussion respiratoire peut indiquer si la voie anormale de communication de l'air persiste. Dans le pneu-

mothorax, par exemple, la modification du son, pendant une inspiration pleine, indique que l'ouverture est fermée à moins d'expansion pulmonaire récente. La persistance du son amphorique, constatée à plusieurs reprises chez un jeune Canadien phthisique, indique la persistance de la communication avec la plèvre qui fut rencontrée à l'autopsie.

Elle sert aussi à déterminer l'extension et la gravité de l'emphysème. Le son ne change pas dans l'emphysème grave, il reste clair. Plus il est modifié, et moins la maladie est grave et étendue. (*Imparziale.*)

PÉRIOSTITE PHLEGMONEUSE DIFFUSE. *Résection prématurée de l'os.* Fondé sur la pratique de Holmes qui enleva, immédiatement après l'ouverture de l'abcès, une partie du tibia nécrosé, M. Giraldès, ayant adopté ce procédé, l'a trouvé d'une exécution facile, suivi d'une guérison rapide et non entravée par la suppuration interminable autrement qui épuise les opérés. D'où il conclut qu'il y a tout avantage à réséquer immédiatement les os nécrosés après l'ouverture de l'abcès, qu'il s'agisse du tibia ou du péroné, du calcanéum ou des métatarsiens, mais le fémur et la partie supérieure de l'humérus sont exceptés de cette pratique radicale. Il suffit de maintenir les différentes parties dans une position normale avec les appareils plâtrés, des gouttières moulées, pour que les suites soient très-satisfaisantes. (*Acad. de méd.*, janvier.)

M. Duplay a donné une sanction confirmative de cette doctrine en pratiquant hâtivement, c'est-à-dire vingt-cinq jours après le début des accidents chez un garçon de seize ans, la résection de 26 centimètres du tibia dénudé dans toute cette étendue. Il fut même obligé, un mois après, d'enlever encore avec la pince-gouge 2 centimètres 1/2 de la partie supérieure qu'il avait ménagée, de crainte d'intéresser l'articulation du genou et dont la nécrose arrêtait le bourgeonnement réparateur du périoste. Aucun accident ne survint et la régénération osseuse se fit si bien, que, moins de six mois après, l'opéré marchait avec des béquilles. Il a pu être présenté trois mois après à la Société de chirurgie, comme un succès remarquable de cette pratique.

Quelques chirurgiens, néanmoins, y font encore opposi-

tion en prétendant que la nécrose n'est pas absolument fatale et que, après l'issue du pus, on pouvait espérer le recollement du périoste au moins dans certains cas ; M. Marjolin, dans un cas analogue, s'apercevant de l'intégrité de la portion de tibia réséquée la remit en place et obtint la consolidation. Mais, pour quelques succès exceptionnels de ce genre, combien d'enfants succombent à la fièvre, à la suppuration qui les épuise, si l'on n'en fait disparaître rapidement la cause ! Il est au moins commandé de le tenter depuis que la résection même très-étendue des os a remplacé l'amputation du membre en pareil cas. (*Soc. de chirurgie*, octobre.)

Périostite phlegmoneuse du temporal. Complication ordinaire de l'otite purulente, elle doit être distinguée avec soin, d'après M. Duplay, de l'inflammation suppurative des cellules mastoïdiennes bien autrement grave et avec laquelle elle paraît souvent confondue en raison du gonflement inflammatoire et douloureux qui, dans l'un et l'autre cas, envahit les régions péri-auriculaires. Si l'œdème dur, phlegmoneux, occupe ordinairement la région mastoïdienne au début, il envahit aussitôt les parties voisines de l'écaille du temporal; parfois il y débute d'emblée et alors le gonflement se continue directement, pour ainsi dire, avec celui du conduit auditif; le sillon qui, à l'état normal, sépare en arrière et en haut la conque du temporal, se trouve effacé, l'oreille est écartée des parois crâniennes et repoussée en dehors et en avant. Il est plus accusé au contraire qu'à l'état normal dans l'inflammation des cellules mastoïdiennes. C'est là le meilleur caractère pour établir le diagnostic différentiel.

Un empâtement phlegmoneux plutôt qu'œdémateux, une sensibilité plus vive, des élancements plus douloureux et tous les caractères d'une phlegmasie aiguë sont les signes différentiels de celle-ci. L'otite périostique en était ordinairement le point de départ ; on doit aussi constater le gonflement œdémateux du conduit auditif en obstruant la lumière avec suppuration abondante et fétide. L'inflammation des cellules mastoïdiennes est ordinairement dépourvue de ces signes, tandis que les accidents encéphaliques en indiquent spécialement l'existence.

Ce diagnostic différentiel est d'autant plus important que le traitement est tout différent. L'incision profonde et jusqu'à l'os, conseillée empiriquement par Wilde, doit être pratiquée hardiment dès que les antiphlogistiques ne réussissent pas contre la périostite du temporal. Dans ce cas, elle amène immédiatement la sédation des accidents, même sans écoulement de pus et lorsqu'elle est faite prématurément. La trépanation de l'apophyse mastoïde est inutile, en pareil cas, et l'on ne doit la pratiquer que si, vingt-quatre heures après cette incision, les accidents persistent. C'est le contraire dans le cas d'inflammation des cellules mastoïdiennes. Il y a donc lieu d'établir préalablement un diagnostic sévère, rigoureux, afin d'appliquer le traitement chirurgical en toute sécurité. (*Archiv. de méd.*, mai.)

PÉRITONITE. *Injections d'eau tiède.* Concluant par analogie du liquide sécrété par la muqueuse nasale dans le coryza et de ses qualités irritantes à celui que sécrète l'inflammation aiguë du péritoine, M. Netter propose de faire une petite incision dans le ventre, d'y introduire une canule et d'injecter ainsi une quantité suffisante d'eau tiède pour produire une ascite artificielle. Le soin apporté par les ovariotomistes à enlever tous les liquides du péritoine et les succès qu'ils ont obtenus, malgré des manœuvres prolongées, justifient selon lui cette proposition. Les expériences faites il y a plus d'un siècle sur des chiens et des chats sont les seuls faits produits à l'appui. C'est aux praticiens à juger si les données suffisent à une proposition si grave. (*Revue méd. de l'Est*, 15 janvier.)

On sait que l'eau est la grande panacée de M. Netter; il la préconise même contre le choléra. Voici un fait qui semble pourtant en justifier l'emploi dans la péritonite aiguë.

Une femme atteinte d'une tumeur ovarique gauche considérable, adhérente à l'utérus et au bassin, fut prise subitement, à l'hôpital Saint-Georges, de symptômes si graves qu'on la crut près de mourir. L'abdomen était distendu, tympanitique et extrêmement douloureux. Dans le but de calmer les douleurs excessives, M. Lee ponctionna la cavité péritonéale avec un petit trocart qui donna issue à des gaz fétides. Introduit de nouveau près du kyste, le trocart donna issue par aspiration à une pinte et demie environ de pus

fétide. Des injections d'eau phéniquée (1 : 80) à la température de 98° F. furent ensuite faites et continuées, pendant une heure et demie, jusqu'à ce que le liquide sortît limpide. La douleur aiguë se dissipa et le résultat final fut assez satisfaisant. (*British med. journ.*, mai.)

Péritonite purulente. *Rupture spontanée de l'ombilic.* Deux nouveaux cas en sont rapportés par M. Baizeau, observés par lui sur des enfants de dix à douze ans, pris de péritonite aiguë avec douleur locale des plus vives. Ce n'est qu'au cinquantième jour, dans le premier cas, et après une infection purulente pour ainsi dire que l'épanchement purulent du péritoine s'ouvrit spontanément par l'ombilic en donnant des flots de pus verdâtre mêlé de grumeaux épais. La guérison ne fut complète que neuf mois après, grâce aux tubes à drainage et aux injections employées.

C'est trente à trente-cinq jours après le début de la péritonite que la rupture spontanée eut lieu, dans le second cas, avec issue de quatre litres environ d'un liquide purulent verdâtre peu épais. Malgré la présence de la biliverdine, indiquant que le foie participait à la maladie, des drains placés dans l'abdomen et d'abondantes injections amenèrent une guérison qui était complète six semaines après. (*Recueil de méd. et chir. milit.*, mars.)

Joints aux faits rapportés par Rilliet et Barthez, les deux précédents montrent que si cette rupture ombilicale n'est pas exclusive aux enfants, puisque cette perforation de la paroi abdominale a été observée à la suite de péritonite puerpérale, les enfants y sont plus exposés que les adultes. Par l'efficacité des injections dans le péritoine, dont ils sont la preuve, ces faits tendent à justifier l'emploi des injections d'eau préconisées plus haut.

PHOSPHATURIE DIABÉTIQUE. L'excès des phosphates terreux dans l'urine donne lieu, selon M. J. Teissier (de Lyon), à une polyurie ayant des analogies frappantes avec le diabète sucré. On sait que, sous l'influence d'un régime exclusivement animal, leur proportion normale, variant de 75 centigrammes au double, peut s'élever transitoirement jusqu'à 3 grammes par litre sans sortir de l'état de santé.

Plusieurs malades observés par son père se plaignant d'une soif exagérée et de fréquents besoins d'uriner, avec un affaiblissement et une dénutrition considérables, présentèrent ainsi, au lieu de sucre dans leurs urines, une augmentation des phosphates de 4 à 9 grammes par litre. Ces urines étaient acides et très-denses. Une dame de quarante ans, entre autres, urinait très-fréquemment et en quantité considérable. Tourmentée d'une soif vive, avec sécheresse de la bouche, elle avait de la boulimie, des névralgies lombo-abdominales avec excès de caloricité même en hiver, regard fixe et vue très-affaiblie. Un peu d'hypertrophie thyroïdienne douloureuse.

A l'examen, urines pâles, aqueuses, sans sédiment ni sucre, ni albumine, très-acides, à 1012 de densité, contenant 4 grammes de phosphates par litre, soit environ 12 grammes par jour.

Après des eczémas et des douleurs rhumatoïdes, un homme a une polyurie telle qu'en juin 1874 il est obligé de se lever au moins six fois la nuit pour uriner. Ces urines, d'une densité de 1011, contiennent jusqu'à 9 grammes de phosphates par litre, sans traces de sucre ni d'albumine, soit 29 grammes environ de phosphates par jour. Au mois d'octobre, une névro-rétinite avec œdème sous-rétinien est diagnostiquée par M. Desgranges et confirmée par M. Desmarres. Ce n'est qu'en janvier qu'une albuminurie légère se déclare (4 grammes) et disparaît rapidement, tandis que la phosphaturie persiste et ne tombe pas au dessous de 6 grammes de phosphates par litre.

Un homme de soixante ans, arthritique, dartreux, en proie à des malaises continuels, présente de la polyurie avec maigreur et sécheresse de la bouche. Les urines ne décèlent que des traces infinitésimales d'albumine, 50 centigrammes de glycose par litre et une faiblesse notable des phosphates. Mais, en deux mois, la proportion de ceux-ci augmente considérablement, tandis que l'albumine et le sucre disparaissent. Une iritis grave se déclare alors avec adhérences et affaiblissement notable de la vue.

Une relation étroite existe donc entre la phosphaturie, l'albuminurie et la glycosurie. Tout en portant également leur action sur tout l'organisme et en donnant lieu à des troubles analogues, sur la vue notamment, ces altérations

sont distinctes et différentes. La polyurie nerveuse ou diabète insipide pourrait bien être ainsi une phosphaturie essentielle, qu'elle dépende ou non d'une altération du squelette. Il est remarquable à ce point de vue que, dans son récent ouvrage sur le diabète, le docteur Dickinson signale un excès de phosphates dans le diabète insipide.

Les troubles qu'elle apporte dans la nutrition générale et l'œil en particulier sont tels, qu'après avoir examiné l'urine de plus de 30 cataractés, M. Teissier fils a constaté une véritable polyurie avec 5 à 6 grammes de phosphates par litre chez trois d'entre eux. Il y eut fonte de la cornée consécutive à l'opération dans les deux premiers cas. C'étaient des femmes de cinquante-deux à cinquante-cinq ans atteintes de cataracte double. La cataracte avait commencé à trente-six ans chez la troisième qui n'a pas davantage récupéré la vue. Il y a donc lieu d'examiner l'urine, au point de vue du contenu de ces phosphates comme de l'albuminurie et du sucre, avant de pratiquer cette opération.

Golding Bird qui, dans son *Traité de l'urine et des dépôts urinaires*, consacre un chapitre à la phosphurie ou excrétion exagérée des phosphates terreux et qui se rapporte bien au tableau pathologique précédent, n'indique ni les troubles de la vision ni les lésions oculaires. C'est là le point important et le progrès de ce nouveau travail. (*Soc. des sc. méd. de Lyon*, mai, et *Lyon méd.*, n° 26.)

Cette constatation de l'excrétion des phosphates chez les chlorotiques serait encore d'un précieux secours pour distinguer les cas où le développement latent de la phthisie pulmonaire est à craindre. A l'état normal, les urines présentent 2 à 3 grammes de phosphates terreux par jour et 2 grammes d'acide phosphorique. Sur près de 250 observations, les chlorotiques n'en ont présenté que quelques traces à 1gr,40 par litre d'urine et 20 centigrammes à 1gr,25 d'acide phosphorique, alors que cette excrétion s'élevait à 3 ou 4 grammes par litre.

L'analyse présente donc une grande importance pour le diagnostic différentiel. Il y a là une contradiction entre l'état chlorotique et la phthisie et un moyen d'instituer la thérapeutique appropriée d'après les règles suivantes :

Toute chlorotique qui, sans être soumise à un régime très-animalisé, présente, même en maigrissant, une diminu-

tion de l'excrétion des phosphates, n'est pas menacée de phthisie, tandis que, abstraction faite de l'influence du régime, celle qui présente une augmentation de ces principes phosphorés en est menacée. Il y a donc là un champ curieux d'études cliniques à explorer. (*Association française.*)

Ces nouvelles observations confirment donc cette conclusion, à laquelle les médecins anglais sont arrivés, que la prétendue *phosphatic diathesis* de Prout et la *phosphaturia* de Bence Jones ne sont en réalité que l'expression symptomatique de troubles et de dérangements de la nutrition et non un désordre primitif résultant de graves lésions organiques générales, comme ces auteurs le supposaient. (*Lancet*, 9 octobre.)

PHOSPHORE. *Injections intra-veineuses d'oxygène.* A l'appui de l'opinion qui a pris naissance en Belgique que l'essence de térébenthine n'est l'antidote du phosphore que par l'oxygène qu'elle contient (voy. *année* 1872), M. le professeur Thiernesse a continué ses expériences sur les animaux. Après avoir démontré que le phosphore mélangé d'eau oxygénée ne produit aucun accident chez les chiens (voy. *année* 1874), il a injecté dans les veines de ces animaux, avec l'appareil de M. Casse et l'aide de ce médecin, du sang défibriné, c'est-à-dire chargé d'oxygène. Mais la quantité de ce gaz étant insuffisante, les résultats ne furent pas concluants. Ces expérimentateurs injectèrent alors de l'oxygène pur. Les expériences ont été faites sur des chiens ; la quantité de phosphore ingérée a été généralement de 16 à 20 milligrammes par kilogramme du poids de l'animal ; la quantité d'oxygène injectée a été de 100 à 400 centimètres cubes; l'introduction a été faite toujours lentement et dans une des veines les plus éloignées du cœur, une saphène externe par exemple. Sur 22 expériences, 19 ont donné des résultats favorables. Les 3 expériences qui n'ont pas réussi ont été expliquées par les auteurs et ne prouvent rien contre la valeur de l'oxygène comme antidote du phosphore. (*Soc. de méd. de Gand.*)

Résine phosphorée. M. Gerrard a reconnu que la résine qui forme le résidu de la distillation de la térébenthine dissout jusqu'à 4 pour 100 et plus de phosphore.

On la prépare en prenant un flacon à large ouverture en verre fort, pesé et chauffé, que, l'on remplit de résine exempte d'eau, de manière que, pour chaque 96 parties, on puisse en ajouter 4 de phosphore que l'on introduit en un seul morceau dans la résine fluide. Étant solidement bouché, le flacon est mis dans un bain de sable ayant une température égale de 200 à 210° C. Par la digestion et en agitant fréquemment, le phosphore se dissout ainsi complétement. La solution est retirée à l'état froid pour l'usage.

On peut en préparer ainsi des pilules d'un milligramme de phosphore avec sucre blanc pulvérisé qui sont d'une bonne consistance et se conservent très-bien.

La haute température nécessaire pour la fusibilité de cette résine pouvant être une cause de dangers pour l'opérateur et l'oxydation du phosphore, M. Abraham obtient la même préparation avec le baume de Tolu qui se dissout à une température au-dessous de l'eau bouillante. (*Journ. de pharm. et de chimie*, novembre 1874.)

PHTHISIE. Un savant médecin dont la France a bien le droit de s'honorer au moins autant que la Suisse, M. le docteur Lombard (de Genève) a lu à la Société médicale de cette ville une étude d'un grand intérêt sur *les tubercules et la phthisie*. Rappelant l'état où en était cette question, il y a cinquante ans, lors de ses études, et le comparant, l'appréciant avec ce qu'il est aujourd'hui, il montre les progrès graduels autant sous le rapport de l'étiologie que de la symptomatologie. Quant au traitement, hélas ! il n'est guère plus efficace tout en étant dans une voie plus rationnelle. La possibilité de la guérison est du moins admise ; c'est un encouragement pour l'art à imiter la nature et une espérance.

Il y a, dans cette revue rétrospective et contemporaine d'une question qui a été l'objet des constantes études du savant statisticien genevois, un enseignement à retenir : c'est le progrès. Suivant l'habitude qui l'a distingué, c'est par la statistique des faits pris ici et là qu'il résout les différents points traités. L'exemple suivant en montrera l'importance, quant à l'influence du cancer sur la production du tubercule.

Inanitiation. Toutes les causes, même mécaniques, tendant à troubler, à empêcher la nutrition, produisent la phthisie, d'après M. Peter. Une alimentation insuffisante n'est pas moins dangereuse à cet égard qu'une respiration gênée, troublée. Par l'obstacle seul qu'il apporte à l'alimentation, le rétrécissement de l'œsophage devient une cause de phthisie. Dans quatre cas observés par lui, il a trouvé chaque fois des tubercules dans les poumons. MM Béhier et Gallard ont observé des cas de cancer de l'œsophage et de tuberculisation pulmonaire simultanés. La même complication a été constatée 5 fois sur 9 cas de cancer œsophagien, tandis qu'elle est très-rare dans le cancer du sein et celui de l'utérus. C'est donc bien seulement l'obstacle à la nutrition qui la produit.

Le cancer de l'estomac et l'ulcère simple provoquent aussi la tuberculisation pulmonaire, le premier dans un cinquième des cas, d'après la statistique de Lebert, et le second dans un tiers, d'après celle de Jaksch.

Outre ces obstacles organiques, une simple névrose persistante des voies digestives peut amener la même complication. C'est ainsi que M. Lasègue a vu la phthisie survenir à la suite de l'anorexie hystérique. (*Journ. de méd. et chir. pratiques.*)

Otite. L'examen de l'oreille chez les phthisiques du service de M. Tillaux qui présentaient cette complication assez fréquente, fait par M. Th. de la Bellière, lui a montré que, loin d'être idiopathique, tuberculeuse, elle n'était qu'un simple catarrhe de la caisse toujours consécutif à un état pathologique de la muqueuse pharyngienne.

Étude sur l'otite des phthisiques et principalement sur sa pathogénie, thèse inaugurale par Th. de la Bellière. Paris, 1874.

Poudre d'os. L'emploi répandu du phosphate ou du lacto-phosphate de chaux paraît rendre cette préparation préférable. Il résulte, en effet, des expériences de M. Lestage que les phosphates introduits artificiellement dans la ration des animaux ne se fixent pas en eux : ceux qui sont solubles passent dans les urines, ceux qui ne le sont pas passent dans les selles. Il serait donc préférable de les ad-

ministrer sous forme d'alimentation en donnant des légumineuses et des graminées, qui sont les plus riches en phosphates, si l'on veut faire absorber ces produits et les rendre utiles.

C'est pourquoi M. le docteur Geneuil s'est mis à expérimenter la poudre d'os comme la plus riche en phosphate de chaux et la plus assimilable. C'est, en effet, un aliment naturel, mais dont la préparation à la pharmacie centrale peut bien faire subir quelque altération. Les os, coupés en lamelles très-minces, sont séchés à une température moyenne pour les débarrasser de leur graisse, et pulvérisés. Cette poudre, administrée à la dose de 50 centigrammes à 3 grammes par jour, a amélioré momentanément la santé de plusieurs phthisiques. Quelques-uns même auraient été guéris. Mais les urines des malades n'ayant pas été analysées, il n'est pas possible de savoir si les phosphates sont absorbés sous cette forme. Reste donc à vérifier si cette dernière favorise l'assimilation plus considérable des phosphates. (*Union méd.*, n° 120.)

Des complications qui peuvent se présenter du côté du système nerveux dans la phthisie pulmonaire chronique, thèse inaugurale pour le doctorat soutenue par M. F.-L. Hahn. Paris, 1874.

Résumé des connaissances acquises sur les lésions qui ont été constatées dans les centres cérébro-spinaux et leurs enveloppes, ainsi que des nerfs qui en émanent, de même que les troubles sensitifs, réflexes et moteurs en résultant. Divers symptômes, étrangers en apparence à la maladie principale, sont ainsi éclairés et rattachés à leur véritable cause.

Étude sur les effets des climats chauds dans le traitement de la consomption pulmonaire, par C. T. Williams, médecin de l'hôpital pour les maladies de poitrine; Brompton, traduction de l'anglais et notes par le docteur Nicolas Duranty, médecin adjoint des hôpitaux de Marseille.

Phthisie granuleuse. *Hyperesthésie thoracique.* M. Bouchut a constaté ce symptôme d'une manière persistante chez une fille de treize ans, admise à l'hôpital des Enfants

le 26 octobre et morte le 9 novembre suivant. L'intensité était telle que ce signe semblait dominer tout l'ensemble symptomatique. L'aspect typhique n'y était peut-être pas étranger, mais il est intéressant de rechercher l'existence de ce signe dans les observations ultérieures. (*Progrès méd.*, n° 9.)

Température inverse. Un signe différentiel précieux de la pneumonie caséeuse, la phthisie sans tubercules et la tuberculose est, d'après le professeur Brunniche (de Copenhague), une température plus élevée le matin que le soir. Il l'a constaté mathématiquement à l'hôpital sur 93 phthisiques. Cette inversion n'est pourtant pas absolue. Elle se constate parfois sur des phthisiques non tuberculeux, tandis qu'elle n'existe pas chez tous les tuberculeux (*Gaz. hebd.*, n° 3). Ce signe n'a donc pas plus de valeur que la distinction anatomique qu'il prétend consacrer, car il est aussi difficile de voir une phthisie sans tubercule ou granulation miliaire que celle-ci sans phthisie. Toutes ces distinctions sont purement spéculatives.

PLACENTA. *Adhérences.* Elles peuvent résulter de l'endométrite traumatique succédant aux coups, chutes reçus sur l'abdomen pendant la grossesse. — Voy. Métrite.

Rétention. Dans l'impossibilité de pouvoir juger de son intégrité par la simple inspection, dans les délivrances artificielles, surtout du côté de la face maternelle, quand il existe des déchirures, M. Fochier fait un devoir de s'assurer directement que la paroi utérine n'en a retenu aucun fragment. Relativement facile, peu douloureuse et innocente, après le décollement laborieux qui vient d'être fait, cette manœuvre peut prévenir des hémorrhagies redoutables, une infection mortelle. La rétention d'un fragment gros comme une noisette suffit à produire ces accidents, et si le plus souvent, il est expulsé spontanément, il n'en est pas moins vrai que, par exception, une infection putride, des hémorrhagies abondantes et répétées en sont la conséquence. Cette pratique est donc justifiée et commandée par la prudence.

Dans un cas observé à la Maternité de la Croix-Rousse,

l'hémorrhagie persistant après le sixième jour de l'accouchement, malgré tous les moyens employés, obligea ainsi à aller à la recherche du fragment placentaire qu'il fallut décoller de la paroi supérieure de l'utérus et extraire en deux fragments. Il était de la grosseur d'une noix. L'hémorrhagie s'arrêta aussitôt et la femme se rétablit.

La même manœuvre fut nécessaire et réussit de même dans un second cas analogue. Mais la manœuvre fut plus difficile et la perte continua encore quatre heures après l'extraction du fragment.

Sans cette intervention, les conséquences fussent devenues fatales. Devant la difficulté de son exécution, M. Fochier a recouru avec avantage à l'éthérisation, dans un cas, et à la chloroformisation dans l'autre. Il regarde l'anesthésie comme indispensable, malgré l'anémie de la femme et sa faiblesse. Le succès et l'innocuité de ce décollement partiel lui semblent à ce prix, surtout lorsque l'occlusion du col fait prévoir des difficultés exceptionnelles. (*Lyon méd.*, n° 24.)

PLAIES. *Feridas por armas de fogo* (Plaies par armes à feu). Thèse de concours pour la chaire de pathologie externe de la Faculté de médecine de Bahia, soutenue à cette Faculté en 1874 par le docteur A. Pacifico Pereira ; un vol. in-8° de 152 pages, Bahia. Précis analytique des faits et des connaissances acquises à ce jour surtout depuis les guerres de ce siècle et notamment les dernières. C'est ainsi une indication précieuse pour les statistiques et les sources historiques. — Voy. Pansements, Réunion immédiate.

PLEURÉSIE. *Tartre stibié à haute dose.* Employée par M. Jaccoud, surtout contre l'épanchement de la pleurésie récente, quand la fièvre est persistante et que le malade n'est pas trop déprimé, cette médication héroïque lui a donné de récents succès qui méritent de la faire prendre en considération. La dose est de 30 à 40 centigrammes dans un julep gommeux à prendre par cuillerées d'heure en heure. Tout en diminuant la fièvre, il en résulte des évacuations abondantes, vomissements et selles, qui diminuent rapidement l'épanchement. La thoracentèse peut ainsi être prévenue, comme ses dangers dont la gravité va croissante

à mesure qu'elle est plus souvent pratiquée. La pleurésie revient à l'état sec de même que la péricardite l'est ordinairement dans le rhumatisme traité par cette méthode.

Il faut suspendre cette médication énergique si l'action déprimante en est trop marquée. Une potion cordiale avec extrait de quinquina et alcool peut même être administrée immédiatement après pour contrebalancer ces effets. Beaucoup de malades la supportent ainsi bien mieux que l'on ne saurait croire. Exemple : une fille de seize ans, délicate, entrait à Lariboisière, salle Sainte-Claire, le 16 avril, avec une pleurésie remontant à quinze jours. Dyspnée considérable, 44 respirations. Matité complète en avant et en arrière du côté droit, à l'exception de l'espace sous-claviculaire. Souffle pleurétique du haut en bas du poumon : pas d'égophonie. Vibrations thoraciques inappréciables à cause de la faiblesse de la voix. Pouls à 116, temp. 39°. 30 centigrammes de tartre stibié amenèrent d'abondantes évacuations. Le soir, température abaissée et dépression peu marquée. Le lendemain, on constate une diminution certaine de l'épanchement et beaucoup moins de dyspnée que la veille. On laissa un jour de repos à la malade qui reprend le tartre stibié le lendemain. Les résultats furent les mêmes; diminution rapide du liquide les jours suivants. La fièvre cependant persista, mais peu intense, pendant plus de huit jours. La malade quitta l'hôpital bien guérie, après y avoir séjourné moins de trois semaines.

Ce premier fait est important à cause de l'abondance de l'épanchement et de l'intensité de la dyspnée qui pouvaient faire mettre en question l'indication de la thoracentèse.

Dans deux autres cas, un épanchement d'abondance moyenne, datant de quinze jours, ayant amené de la matité dans la moitié inférieure du poumon droit, 40 centigrammes de tartre stibié furent administrés et, dès le lendemain, l'épanchement avait presque complétement disparu. La respiration s'entendait bien les jours suivants, mais une certaine matité produite par les fausses membranes et la fièvre persistaient surtout le soir. C'est donc bien surtout sur l'épanchement que l'émétique a de l'action.

Pleurésie hémorrhagique. Un homme entré à l'hô-

pital de Genève, en décembre 1874, avec l'apparence alcoolique et un foie très-volumineux, se plaignit plus tard de point de côté avec dyspnée. M. Prévost a constaté tous les signes d'un épanchement pleurétique. La thoracentèse donna issue à du sang presque pur. Une seconde ponction, faite peu de temps après, donna trois litres du même liquide et le malade fut pris ensuite d'accès de toux avec expectoration albumineuse. D'autres ponctions consécutives donnèrent du sang noir qui devenait rutilant par son agitation à l'air.

Le malade étant mort, l'autopsie révéla non-seulement des fausses membranes du poids de 790 grammes tapissant la plèvre, mais une tumeur sarcomateuse au niveau des piqûres. N'est-on pas en droit d'admettre qu'elle était primitive aussi bien qu'elle est consécutive au traumatisme des piqûres, comme le veut l'auteur? (*Soc. de biologie*, 1er mai.)

Pleurésie gangréneuse. Cette nouvelle espèce est admise par M. E. Besnier en se fondant sur l'odeur gangréneuse du liquide évacué par la ponction, la gravité de l'état général constatée dès le début de la maladie et l'atteinte radicale portée à la vitalité nerveuse, dans le cas de mort subite par syncope pendant la thoracentèse (voy. *ce mot*). Il admet qu'il s'agissait là d'une pleurésie gangréneuse primitive bien que l'autopsie ne l'ait pas confirmé. Cette espèce spéciale serait différente de la gangrène de la plèvre consécutive à la gangrène superficielle du poumon, car aucune odeur des crachats ne décelait celle-ci. Elle se confondrait souvent avec la pleurésie purulente, excepté dans les cas où la couleur du liquide peut la faire distinguer. Monod mentionne ainsi, en 1828, l'épanchement d'un liquide noir et fétide dans la cavité thoracique avec ramollissement presque total de la plèvre gauche (*Bull. de la Soc. anatom.*). Le plus souvent, la fétidité seule du liquide est signalée, mais l'entrée de l'air dans le foyer et la putridité de celui-ci ne suffisent-elles pas à y donner lieu? Cette fétidité ne suffit donc pas à constituer une espèce spéciale. Dans tous les cas où ce liquide était fétide, même d'emblée, les observateurs comme MM. Potain et Moutard-Martin ont rattaché cette odeur à une gangrène pulmonaire superfi-

cielle et à celle du feuillet pleural contigu. Le fait seul relaté par M. Rendu d'un enfant qui, dans le cours d'une fièvre typhoïde, fut pris de frissons répétés avec développement rapide d'un épanchement pleurétique droit que la ponction révéla être un pus sanieux d'une odeur horrible, infirme cette interprétation. L'autopsie montra en effet des poumons splénisés, sans gangrène, avec une plèvre grisâtre et mortifiée sur quelques points.

Il y a donc lieu de rechercher, dans le cas de fétidité des épanchements pleurétiques, si c'est la plèvre gangrenée primitivement ou secondairement qui y donne lieu. (*Soc. méd. des hôpitaux*, juin et *Union méd.*, n°s 76, 78.)

L'existence de cette espèce nosologique, en tant qu'affection aiguë primitive, est vivement contestée par M. Bucquoy. Aucun fait positif, dit-il, n'en démontre la réalité. Des noyaux de sphacèle pulmonaire existaient dans tous les cas invoqués et les nombreux cas de gangrène pulmonaire témoignent que la pleurésie la précède, l'accompagne ou la suit presque constamment, comme il en relate trois exemples. Ses rapports sont ainsi trop étroits avec cette forme morbide pour qu'on puisse l'en séparer sans des faits anatomiquement observés. L'odeur fétide de l'épanchement ne suffit pas, même avec absence de l'odeur gangréneuse de l'haleine et des crachats. Que la gangrène soit superficielle, sans communication directe avec les bronches, l'odeur manquera dans l'haleine et l'expectoration ; tandis que la plèvre viscérale enflammée et mortifiée communiquera cette odeur spéciale à l'épanchement. Ce n'est donc là, suivant le médecin de l'hôpital Cochin, qu'une gangrène pulmonaire superficielle à forme pleurétique, comme Bayle et Laennec en ont rapporté des exemples et suivant la distinction établie par Corbin dans son *Mémoire sur la gangrène superficielle du poumon*. — Voy. GANGRÈNE PULMONAIRE.

A ces preuves, M. le docteur Millard ajoute la relation si concluante de la gangrène pulmonaire superficielle du poumon gauche chez M. Dolbeau, qu'il a observée du commencement à la fin avec une attention soutenue. Là aussi, il y avait absence d'odeur gangréneuse de l'haleine et des crachats et cependant des lambeaux mortifiés, gangrenés, du poumon ont été extraits. Comme dans les cas invoqués par M. Besnier, l'odeur de l'épanchement était des plus fétides

et l'état général du début bien plus grave qu'une simple pleurésie ne le produit. L'intensité et la douleur exceptionnelles du point de côté, considérées comme annonçant un travail gangréneux, s'étaient montrées malgré le peu d'étendue de la matité. C'est que probablement le mal avait débuté entre les deux lobes du poumon gauche, écartés et refoulés ensuite par l'épanchement purulent. Tous les signes invoqués par M. Besnier, pour constituer sa pleurésie gangréneuse, étaient réunis dans ce cas remarquable de gangrène pulmonaire si bien démontrée sans autopsie. (*Soc. méd. des hôp.*, octobre, et *Union méd.*, n°s 123 et 124.)

PNEUMONIE. On en fait tant de formes et de variétés qu'elles seront bientôt aussi nombreuses que les causes qui peuvent contribuer à la produire. MM. Grimshaw et Moore (de Dublin) désignent ainsi sous le nom de *pythogénic pneumonia*, pneumonie pythogénique ou miasmatique, une forme de pneumonie contagieuse. C'est ensuite la *pneumonie en stries* de Steffen, et, d'autre part, le docteur Gianpiétro désigne sous le titre de *pneumonie miasmatique paludéenne* les cas où, avec des signes locaux ordinaires, la fièvre est exacerbante, à type régulier, suivie de sueurs abondantes avec une teinte subictérique de la peau et des conjonctives; la rate tuméfiée et une proportion élevée d'urée et de chlorures dans les urines. De 9 cas observés, elle était double 4 fois, 2 fois à gauche et autant à droite. Le type quotidien existait dans 3 cas, le type double tierce dans les 6 autres. Le sulfate de quinine doit être donné jusqu'à la cessation des accès. La pneumonie continue ensuite sa marche simple. (*Lo Sperimentale*, juin.)

Il est évident que ce sont là des complications saisonnières ou climatériques qui s'ajoutent à la pneumonie sans en changer la nature.

A l'appui de leur division, leur distinction et, en particulier, de la réalité d'une pneumonie herpétique, M. Lagoût s'étonne avec M. Guéneau de Mussy que l'on confonde, sous le mot générique et banal d'inflammation, toutes les manifestations congestives ou inflammatoires des membranes muqueuses, tandis que, sur le tégument externe, elles sont étudiées et décrites comme des états morbides distincts. De même qu'elles sont déjà différenciées

dans la gorge, dans le *Traité des angines*, pourquoi ne pas les distinguer dans les bronches et les vésicules pulmonaires? C'est la nature intime de l'élément morbide qui cause la pneumonie : érysipèle, rhumatisme, herpès, rougeole, grippe, qu'il faudrait étudier. M. Bonnemaison se demande ainsi si les pneumonies dites séniles et les pneumonies adynamiques des adultes ne sont pas de nature érysipélateuse. C'est en en étudiant la marche, le cycle, les altérations que l'on arrivera à établir ces divisions. (*Union méd.* n° 95.) On peut juger comment les observateurs entrent dans cette voie.

Résultats de la précision de la température. Le matin du septième jour d'une pneumonie sans gravité, chez un garçon de dix-neuf ans, M. Lépine constata, à l'hôpital Saint-Antoine, la disparition du souffle tubaire avec de nombreux râles crépitants de retour alors que la température du rectum restait à 39°8, comme la veille ; elle n'avait baissé que de quatre dixièmes à l'examen du soir sur celle de 40,4, qui était celle de la veille ; la chute à 36°,5 n'eut lieu que le lendemain. L'amendement caractéristique des signes locaux a donc précédé de vingt-quatre heures celui indiqué par le pouls. Au point de vue du pronostic mathématique, ce fait nouveau montre l'importance de constater exactement la température.

De même que la pommette du côté malade est ordinairement plus rouge, le même observateur a constaté que tout le membre supérieur correspondant a une température supérieure à l'autre, surtout chez les vieillards. (*Soc. méd. des hôpit.* octobre et *Union méd,* n° 129.)

Alcool chez les enfants. A la Charité de Lyon, des pneumonies lobaires consécutives à la rougeole chez les enfants ayant été mortelles dans trois cas, M. Pomiès institua la médication alcoolique dans le cas suivant : Pneumonie lobaire supérieure gauche arrivée au sixième jour, caractérisée par des râles fins et du souffle tubaire, chez une fille de vingt mois. Collapsus effrayant avec teinte cyanique de la face et fièvre intense. Du cognac fut mêlé à dose assez élevée dans une infusion de tussilage, à prendre par cuillerée à café pendant huit jours. Un vésicatoire sur la poitrine ai-

dant, la résolution de la pneumonie était complète après ce temps. (*Lyon méd.*, n° 27.)

Pneumonie du sommet. *Lenteur de la résolution tardive.* Ordinaire chez les vieillards, les malades débilités par les excès, les diathèses, l'alcoolisme, cette lenteur s'observe comme règle, même chez les individus jeunes, vigoureux, dans la force de l'âge, d'une constitution parfaite, dans les pneumonies du sommet. C'en est le caractère clinique, selon M. Moutard-Martin. Pendant six semaines, deux et trois mois même, le malade, guéri en apparence, porte les signes d'une induration pulmonaire; puis le souffle disparaît peu à peu sans râle crépitant de retour ou bien celui-ci succède au souffle, à la respiration soufflante et tout rentre dans l'ordre.

La connaissance de ce caractère clinique des pneumonies du sommet est d'une haute importance pour le diagnostic; elle fait éviter les erreurs et empêche de confondre ces malades avec des phthisiques. Ce sont ces prétendue phthisies qui guérissent comme par enchantement après une saison aux eaux ou un traitement quelconque. Le pronostic doit pourtant être toujours réservé. On s'oppose à la fonte caséeuse et aux lésions de la pneumonie chronique par des vésicatoires, des badigeonnages d'iode et encore mieux des cautères avec la poudre caustique de Vienne. (*Union méd.*, n 6.)

Accidents cérébraux. On sait que la pneumonie du sommet y prédispose spécialement. Que ce soit par les troubles vaso-moteurs qu'elle détermine dans le domaine du grand sympathique cervical du côté affecté que se produisent la méningite ou les hémorrhagies méningées, de même qu'ils produisent les troubles fonctionnels, comme le délire, l'hémiplégie, la rougeur de la pommette, la dilatation de la pupille etc., toujours est-il que les méninges congestionnées, dit M. Laveran, sont bien préparées pour l'inflammation. (*Gazette hebd.*, n° 46.)

Pneumonie rayée. Sous ce nom, le docteur Steffen décrit une infiltration sanguine du parenchyme pulmonaire chez les enfants s'accompagnant d'emphysème et de conges-

tion passive. Il l'appelle ainsi parce que, dans cet état, les poumons infiltrés, hépatisés ou œdématiés forment des raies se dirigeant du rachis vers l'angle des côtes. Elle se montre le plus souvent du quatrième au douzième mois après la naissance et diminue progressivement de fréquence jusqu'à la neuvième année. Sur 97 cas observés, 54 existaient chez des garçons et 43 chez des filles. La débilité constitutionnelle et la mauvaise nutrition en sont les causes habituelles, de même que la péribronchite et l'œdème les complications les plus fréquentes. (*Jahrb. für Kinderheilk.*, février.)

Pneumonies malignes. Au mois d'avril 1874, M. le professeur Bonnemaison observait, dans sa clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Toulouse, trois vieillards de soixante à soixante-cinq ans, atteints de pneumonies présentant un caractère particulier. Point de frisson initial, submatité légère, râles humides, souffle doux. En s'étendant rapidement, elles deviennent mortelles malgré l'emploi de l'alcool et la médication tonique.

On pourrait penser que l'âge des malades est l'unique cause de ces anomalies ; mais, en même temps, s'observait en ville, par l'auteur et d'autres médecins, un grand nombre de pneumonies à marche insidieuse, manifestement contagieuses dans quelques cas, et rapidement mortelles, parfois compliquées de diphthérie, chez des sujets jeunes et vieux indifféremment. L'âge n'était donc pas la cause ; c'était la constitution médicale, car des érysipèles, des grippes, des fièvres typhoïdes et puerpérales s'observaient simultanément avec une gravité exceptionnelle.

Les caractères spéciaux et distinctifs de ces pneumonies malignes sont, pour le clinicien de Toulouse, une marche envahissante des lésions avec tendance à la gangrène, adynamie profonde et mort rapide. Il en trouve la confirmation dans les relations antérieures d'épidémies analogues qu'il rappelle. Un état septique, identique à la septicémie moderne des chirurgiens, en serait la cause : ce serait la septicémie médicale produite par les différents ferments organiques admis aujourd'hui. Mais ce n'est là évidemment qu'une supposition gratuite et qui n'a d'autre avantage que de se rapporter aux doctrines du jour. Les conclusions, toutes

théoriques de l'auteur, qui découlent de ces prémisses, ne méritent donc pas d'être relatées. (*Soc. méd. des hôpit.*, février, et *Union méd.*, n°s 47, 77, 79, 80 et suiv.)

Pneumonie pythogénique. Espèce particulière qui semble avoir quelques rapports avec la précédente et beaucoup d'analogie avec la pleuro-pneumonie épizootique, selon MM. Grimshaw et Moore (de Dublin), en raison de sa ressemblance avec les maladies infectieuses, zymotiques. Ses causes sont la mauvaise hygiène, l'emprisonnement, l'agglomération et l'encombrement, et les mêmes que celles du typhus et de la fièvre typhoïde, le choléra, etc. Elle est ainsi plus fréquente en été qu'en hiver.

Elle se distingue surtout par sa marche anomale. Invasion brusque et parfois arrêt à la première période, simulant la congestion pulmonaire. Le point de côté manque souvent. Pouls mou et compressible, faiblesse très-grande. Cependant elle se termine ordinairement par la guérison en administrant les excitants, et notamment le sulfate de quinine, 15 centigrammes toutes les trois heures. (*Dublin journ. of med. sciences*, mai.)

Pneumonie septique. Dans le but d'en élucider la genèse, le docteur Hohenhausen injecta dans les bronches chez des chiens et des chats, après les avoir trachéotomisés et introduit un tube de gomme élastique dans la trachée, diverses substances comme la poudre de sauge, du suif chaud, de l'eau distillée, du sang défibriné, sans en observer aucune lésion consécutive en sacrifiant les animaux de trois à quinze jours après. L'eau distillée seule avait produit des altérations microscopiques de l'épithélium alvéolaire décrites par Friedlander. Mais il suffit d'injecter quelques gouttes de sang putréfié pour observer bientôt des lésions considérables : épanchement pleurétique trouble, infiltration partielle des poumons privés d'air avec rougeur des bronches pleines de mucus et de pus.

Au contraire, l'inspiration de gaz et de sporules, développés dans une bouteille contenant des liquides septiques, fut complétement négative chez quatre chiens ; mais, en injectant préalablement quelques gouttes de sang frais défibriné, avant l'arrivée de ces gaz septiques, les mêmes

lésions s'observèrent qu'avec le sang putréfié. Ce qui semble prouver que, sans action sur les tissus vivants, ces gaz en ont une sur le sang frais, lequel agit alors comme phlogogène. Cette prévision s'est confirmée en injectant préalablement de l'eau distillée qui détruit l'épithélium alvéolaire et en soumettant ensuite les animaux à l'inhalation des gaz méphitiques; on trouva alors les mêmes lésions qu'avec le sang putréfié.

Ces expériences semblent donc prouver que l'air qui passe sur des blessures ou des ulcères ne suffit pas à rendre malades des poumons sains, excepté chez les catarrheux dont l'épithélium alvéolaire peut être détruit. L'inspiration en est également dangereuse, après une opération du gosier ou de la gorge, si quelques gouttes de sang sont tombées dans la trachée. Le pronostic de ces opérations est encore plus grave chez les emphysémateux et les catarrheux. Il est donc d'une grande importance, dans tous les cas, d'empêcher que la moindre quantité de sang tombe dans l'arbre respiratoire. (*Deut. Zeitschr. für chirurg.*)

POLYPES. *Guérison spontanée.* Au cas signalé par le professeur Gosselin dans sa *Clinique chirurgicale*, M. le docteur E. Lafont en ajoute un second confirmant bien l'influence que le jeune âge peut avoir sur la résorption de ces productions morbides.

Il s'agit d'un Basque français de vingt-quatre ans, vigoureux, sans anémie apparente, quoique entré à l'hôpital civil de Bayonne, le 24 février 1873, pour une tumeur du côté gauche de la face qui le défigurait et des saignements de nez dont la fréquence et l'abondance progressive l'inquiétaient. Le début de ces accidents remontait à trois ou quatre ans.

L'examen montre le maxillaire supérieur gauche soulevé et porté en avant par une tumeur dure et assez volumineuse pour déterminer une exophthalmie marquée. La paupière inférieure et la peau recouvrant le sac lacrymal et le canal nasal sont rougeâtres. Une tumeur arrondie et rougeâtre fait saillie dans la narine, repousse la cloison à droite et intercepte le passage de l'air. La narine droite est libre. Le voile du palais est refoulé en avant, surtout à gauche, et le doigt perçoit une tumeur dure occupant la

région nasale gauche du pharynx. Elle saigne abondamment en la saisissant avec la pince à polypes par la narine.

Trois chirurgiens s'accordèrent à reconnaître un polype naso-pharyngien et le malade insistant pour qu'on l'en débarrassât, même au prix d'une grave mutilation de la face, il fallait opter. L'âge du malade, son bon état de santé, le défaut d'anémie, d'oppression, et la guérison spontanée observée par M. Gosselin dans un cas analogue, les déterminèrent à la temporisation.

Cinq mois après, le jeune homme se représentait sans saillie sensible, ni exophthalmie, ni rougeur, une petite saillie rougeâtre existait seulement encore dans la narine par laquelle l'air passait assez librement. Les hémorrhagies diminuaient de fréquence et de quantité et le malade se trouvait si bien guéri qu'il s'exila dix-huit mois après en Amérique pour chercher fortune comme la plupart de ses compatriotes basques. (*Gaz. hebdom.*, n° 3.)

Polypes utérins. Ce titre générique n'est plus guère employé en Allemagne ; on le remplace généralement par ceux de fibrome, de myome, exprimant plus exactement la nature de ces productions morbides. Et cependant on continue à s'en servir pour ceux des fosses nasales, de l'urèthre et du rectum. Il est donc plus logique de le conserver de même pour ceux-ci, sauf à y ajouter l'adjectif, comme on le fait en France.

Simplification opératoire. M. Guéniot propose d'aller porter une anse métallique solide sur l'extrémité adhérente du polype jusque dans l'intérieur de la matrice, à l'aide du constricteur de Maisonneuve, en suivant à cet effet le mode d'introduction d'une branche de forceps. Une seule condition est indispensable ; c'est un certain degré de dilatation du col. Il n'y a pas ainsi à abaisser l'utérus ni le polype, et ce sont là de grandes simplifications.

Voici le mode opératoire. L'anse du constricteur étant inclinée sur la tige, suivant un angle approprié de 120 degrés environ, deux doigts portés dans le vagin reconnaissent le polype et sont introduits entre lui et le col jusque dans la longueur d'une demi-phalange ; l'anse est ainsi glissée sur

eux servant de guides, et dirigée de façon que le sommet s'engage dans l'utérus par le côté opposé qu'occupaient les doigts. En se déplaçant momentanément pour favoriser cet engagement, l'axe de la tumeur répond ainsi au vide de l'anneau constricteur. La racine de l'anse et la tige du serre-nœud sont ensuite introduites entre les doigts replacés et le polype. Il s'engage ainsi par son extrémité dans l'anneau métallique, et il suffit de pousser doucement celui-ci jusque dans l'utérus pour parvenir à son attache dont la section est effectuée par le jeu du constricteur.

Le succès de cette opération est assuré par l'immobilisation de l'utérus pendant l'introduction du serre-nœud ; en introduisant la tige du côté opposé à l'insertion du polype afin que le sommet de l'anse y corresponde ; par l'emploi du constricteur de Maisonneuve ; en effectuant la section avec lenteur pour éviter les hémorrhagies; en formant l'anse de cinq ou six fils étroitement tordus et en introduisant les doigts, sinon la main, aussi haut que possible, pour la guider et l'engager autour du polype.

Appliqué sur un polype fibreux, implanté profondément, chez une malade du docteur Niderkorn, présentant des accidents hémorrhagiques et fébriles très-graves, ce procédé a eu un complet succès. (*Soc. de chir.*, décembre 1874, et janvier.)

En permettant d'intervenir de bonne heure, cette opération préviendrait l'inversion partielle de l'utérus, l'épuisement des malades et les douleurs inhérentes aux tractions exercées sur l'utérus et l'élongation de ses attaches, ainsi que la perforation de ses parois introversées, comme cela n'arrive que trop souvent avec l'écraseur de Chassaignac.

M. Tillaux en rapporte un exemple récent. A la suite de l'emploi de l'écraseur linéaire sur un fibroïde de gros volume implanté au fond de la matrice, la mort de l'opérée survint en quarante-huit heures. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'un fibroïde sessile énorme, non énucléable, dont les fibres se continuaient avec celles de l'utérus, sans aucune ligne de démarcation. Sous l'influence des tractions exercées sur la tumeur, l'utérus s'était laissé déprimer en cul de bouteille et c'était cet organe lui-même qui formait en réalité le pédicule du fibroïde sur lequel avait glissé la chaîne de

l'écraseur. D'où l'indication de ne l'appliquer que sur les tumeurs pédiculées. Les fibromes sessiles doivent être énucléés ou détachés couche par couche au bistouri.

En démontrant le danger de l'emploi de l'écraseur par de nouveaux exemples de perforation de l'utérus et du cul-de-sac postérieur du vagin, le professeur Stoltz recommande spécialement l'usage des ciseaux pour les corps fibreux intra-utérins. Renfermés, dit-il, dans une coque fibreuse plus ou moins épaisse et qui forme leur pédicule, quand ils sont pédiculés, il suffit d'un ou deux traits de ciseaux, à l'endroit où elle forme ce pédicule, pour enlever le myome qui y est renfermé comme la chair de l'orange dans son péricarpe. Sur le col, ils se détachent ainsi comme un fruit par un coup de serpette sans hémorrhagie consécutive. Les excroissances polypeuses ne sont pas justiciables de ce procédé expéditif. (*Revue médicale de l'Est*, février.)

Ligature élastique. M. Courty s'en sert pour l'ablation des polypes du corps et du col utérin, des hypertrophies et des épithéliomes, en passant deux fils à la fois. Il en serre un modérément d'abord et ne donne le degré de constriction voulue que le second jour avec le second fil. La douleur est ainsi plus supportable et il a obtenu de bons résultats dans tous les cas. (*Assoc. française pour l'avancement des sciences,* 1875.)

PONCTION CAPILLAIRE. Elle a reçu de si nombreuses applications, depuis l'invention des aiguilles tubulées, qu'elle constitue aujourd'hui l'un des principaux moyens d'évacuation. Après avoir été préconisée avec ou sans aspiration contre la tympanite intestinale, le météorisme, on l'a appliquée à la hernie étranglée pour l'évacuation des gaz et des liquides pouvant s'opposer à la réduction de l'intestin. Elle a ensuite été employée pour l'évacuation des liquides de toutes les cavités séreuses. Puis on en a étendu l'usage à l'évacuation de la vessie contre la rétention d'urine, qu'elle dépende d'un rétrécissement de l'urèthre, d'une hypertrophie prostatique, d'une inflammation ou d'un traumatisme quelconque. Sa facilité d'emploi et son innocuité permettent à tous les praticiens de s'en servir et d'en répéter l'usage, autant qu'il est nécessaire, sans que les tissus qu'elle tra-

verse en gardent seulement l'empreinte. Elle en écarte les fibres, comme le trocart capillaire, sans les diviser.

Le procédé opératoire a été longuement décrit par M. Dieulafoy dans son *Traité de l'aspiration* et pour la ponction de la vessie en particulier dans l'ouvrage tout récent de MM. Deneffe et Van Wetter (*De la ponction de la vessie*, Bruxelles, 1874). Il serait donc superflu d'y revenir ici.

Toutes les fois que le cathétérisme est impossible, difficile et même douloureux, il y a lieu d'y recourir selon M. le docteur Fochier. Il suffit qu'il soit avantageux de ne pas laisser passer l'urine par l'urèthre pour l'employer. Si la vessie rétractée ne dépasse pas le pubis, on peut plonger l'aiguille obliquement dans le petit bassin au-dessous ou au-dessus du pubis sans crainte de blesser le péritoine comme avec le trocart ordinaire.

Malgré la facilité du cathétérisme chez la femme, une rétroversion utérine, des tumeurs abdominales, l'accouchement, un traumatisme peuvent l'empêcher. On pourra dans ce cas employer la ponction capillaire comme chez l'homme. M. Fochier n'y voit pas de contre-indication. (*Lyon méd.*, décembre, 1874.)

A propos de l'innocuité de cette opération vantée par l'auteur, le docteur Malherbe cite un accident grave qui lui est survenu en la pratiquant à l'hôpital Necker dans un cas d'hypertrophie prostatique. Les parois abdominales étaient fort épaisses et le trocart avec la canule d'un aspirateur Potain dût être enfoncé jusqu'à la monture. Vers le milieu de l'évacuation, la canule se rompit au ras de la peau et s'enfonça au milieu des parties molles en débridant le derme pour la retirer. Il s'en suivit une légère infiltration d'urine que M. Guyon arrêta en incisant largement les tissus infiltrés.

Le lendemain, un autre chirurgien, remplaçant M. Guyon, fit, en vain, la taille médiane pour essayer d'extraire le corps étranger. Le malade succomba rapidement. On trouva la canule dans la vessie. Ce fait montre la nécessité de veiller à la qualité de l'instrument employé et, en présence d'un pareil accident, on ne devrait pas débrider directement sur l'extrémité de la canule, mais à une certaine distance, puis la saisir avec des pinces en pénétrant obliquement sous la peau. Par ce procédé, la canule n'aurait pas été dé-

gagée de l'épaisseur du derme et ne serait probablement pas tombée dans la vessie. (*Progrès méd.*, n° 21.) — Voy. PÉRITONITE.

Ponction aspiratrice. *Extravasation sanguine.* Aux diverses causes invoquées de la mort subite survenant pendant la thoracentèse faite avec les instruments aspirateurs (voy. THORACENTÈSE), M. Pingaud en ajoute une autre beaucoup plus réelle et n'ayant pas encore été mise en évidence : c'est la rupture des vaisseaux sanguins rampant à la surface interne du foyer de l'épanchement. Deux faits remarquables sont rapportés à l'appui. A la suite d'une fracture du crâne ayant nécessité l'application de deux couronnes de trépan sur la bosse frontale gauche, des accidents de suppuration intra-crânienne locale firent tenter la ponction avec l'aiguille de Potain, enfoncée dans la substance même du lobe frontal. Un bruit de glouglou fut bientôt perçu par la main, indiquant qu'un liquide montait dans l'aiguille, et deux cuillerées à bouche d'un pus bien lié, couleur café au lait, furent en effet évacuées.

Il fallait s'en tenir prudemment là, mais, afin de vider complétement le foyer, l'aiguille fut laissée pendant quelques secondes et, au lieu de pus, ce fut du sang qui parut dans le récipient et, à l'instant, de graves accidents cérébraux éclatèrent : résolution musculaire complète, coma absolu, stertor profond, dilatation et immobilité des pupilles, pouls inappréciable, etc. Une hémorrhagie avait donc pris la place du pus. Devant l'imminence de la mort, la dure-mère fut incisée et le bistouri enfoncé dans le foyer hémorrhagique afin d'évacuer le sang et faire cesser les phénomènes de compression. L'issue de quelques grammes de sang liquide suffit à les faire disparaître aussitôt, mais sans empêcher la mort.

L'autopsie montra, en effet, la cavité de l'abcès remplie par des caillots ; la paroi contiguë au ventricule latéral étant rompue, un assez long caillot s'étendait sur le plancher de celui-ci, rien dans le ventricule moyen, mais l'angle inférieur du quatrième ventricule était occupé par un caillot de la grosseur et de la forme d'une amande. Tous ces caillots étaient de formation récente et avaient la même origine.

Il y a loin de là sans doute à la ponction d'une cavité

séreuse, et si ces effets de l'aspiration ne lui sont pas directement applicables, ils n'en rendent pas moins les dangers évidents quant aux cavités purulentes, comme en témoigne ce second fait.

Un abcès par congestion, symptomatique d'une arthrite vertébrale en voie de guérison et siégeant dans la gaîne du psoas, sous le ligament de Poupart, en dehors des vaisseaux, fut ponctionné avec l'aiguille aspiratrice qui ne donna qu'une faible quantité de pus en voie de régression graisseuse. En exerçant ensuite quelques pressions pour faire refluer le pus qui pouvait encore exister vers la cuisse, des gouttes de sang parurent dans le récipient. L'aiguille fut aussitôt retirée, mais il était trop tard, un épanchement hématique avait déjà pris la place du pus ainsi que la réapparition instantanée de la tumeur et la fluctuation le mirent hors de doute. Heureusement, ce n'était pas ici comme dans le cerveau ; le sang se résorba et cet accident n'eut pas de suite.

Ces faits montrent le danger de l'aspiration dans des cavités dont les parois sont dans un état de vascularisation spéciale, physiologique ou pathologique Si l'on peut toujours s'en servir comme méthode d'exploration, il n'en est pas de même comme méthode curative des épanchements ou collections de liquides morbides. A cet égard, il faut n'en généraliser l'emploi qu'avec précaution et réflexion. (*Gaz. hebd.*, n° 42.)

Ponction du cœur. — Voy. Cœur.

POULS. Il donne un tracé sphygmographique différent suivant la position du bras. Le pouls du bras, étendu verticalement, donne au tracé les caractères de l'insuffisance aortique, ce qui résulte de la diminution de la tension artérielle et la facilité du sang à refluer vers le cœur après la systole. Les conditions de l'insuffisance aortique sont ainsi réalisées. Le même fait s'observe dans certains cas de fièvre typhoïde lorsque le malade est couché, comme l'ont démontré plusieurs observations faites par M. Calmette, dans le service de M. Vulpian.

Dicrotisme. Tandis qu'il est normal, selon M. Bouillaud,

et résulte des deux pulsations du cœur, séparées par les deux repos, — ce qu'il démontre un tracé sphygmographique à la main, — ce dicrotisme, suivant d'autres physiologistes, est le résultat d'un simple mouvement oscillatoire dépendant de la force élastique des artères. Que la tension soit faible et l'artère, souple et large, résistant peu à la poussée cardiaque, donnera un pouls ample, dépressible et mou, c'est-à-dire un pouls dicrote normal parce que la paroi artérielle, étant peu soutenue, revient facilement sur elle-même. De là les oscillations du sang produisant le dicrotisme, comme les ondes liquides sont d'autant plus nombreuses et marquées dans un tube que le liquide est moins tendu.

Avec une tension forte, au contraire, l'artère est dure, tendue et le pouls peu développé parce que la poussée systolique ne peut augmenter la tension artérielle déjà élevée. Au lieu de céder sous le doigt, elle résiste. De là le monocrotisme du pouls, sinon un rebondissement à peine appréciable. Ces différences s'observent également à l'état normal. La différence de température du corps suffit à l'observer, de même que dans un accès de fièvre. Dans le stade de froid périphérique, la tension artérielle étant forte, le pouls est serré, dur et monocrote au doigt comme au sphygmographe. Dans le stade de chaleur et de sueur, l'expansion générale diminue la tension artérielle, l'artère est souple, le pouls dépressible, dicrote et même polycrote au doigt comme au sphygmographe.

Le dicrotisme du pouls rentre donc dans la catégorie des mouvements oscillatoires et les changements dans la force élastique des artères en expliquent les variations. La *vitesse d'impulsion* du sang, causée par une maladie, peut également le produire ; mais il ne s'agit, pour M. Bouillaud, que de l'état normal. Il n'est donc pas juste ni exact de dire, comme lui, que le monocrotisme du pouls est anormal puisqu'il s'observe en parfaite santé. (*Acad. des sc.*, octobre, et *Gaz. hebd.*, n° 42.)

Ralentissement par la compression des carotides. Une série d'expériences à ce sujet, sur 70 à 80 individus, dont 33 malades d'affections variées, faites par H. Quincke (de Berne), dans le but de vérifier certaines observations pathologiques

relatées par Czermak, Concato et d'autres, lui ont donné les résultats suivants : Quand, avec le pouce, l'index et le médius, on comprime l'une des corotides en la pressant d'avant en arrière en choisissant l'endroit où elle est le plus accessible, c'est-à-dire au niveau du cartilage thyroïde, on produit, dans la majorité des cas, une suspension complète des battements du pouls avec prolongation de la diastole cardiaque pendant trois à quatre secondes et même jusqu'à sept. D'autres fois, le ralentissement du cœur est insignifiant. La première onde pulsative consécutive est extrêmement puissante et montre une ligne d'ascension plus haute qu'à l'état normal; mais les diastoles suivantes sont de moins en moins élevées et, si la pression n'est que momentanée, la courbe reprend son type normal après un petit nombre de pulsations. L'énergie cardiaque se rétablit même en continuant la pression plusieurs heures de suite.

Dans 47 cas des 70 à 80 individus observés, le résultat a été positif, 33 fois des deux côtés, 10 fois à droite seulement et 4 fois à gauche. Aucune raison de santé, de sexe, d'âge, n'a pu rendre compte des différences observées. L'expérience réussit mieux chez les femmes et les sujets maigres, anémiques, parce que la pression du doigt est plus sûre et plus énergique.

Un lymphosarcome volumineux du cou, observé par Gerhardt, rendait le pouls plus lent, petit et irrégulier. Concato observa le même phénomène, dans deux cas, et l'attribua à l'état athéromateux des artères. Il s'est produit dans 9 à 10 cas de lésions chroniques du cerveau, par de la Harpe, de Cérenville, en 1870 et 1874 (*Bull. de la Soc. de la Suisse romande*), et par Quincke lui-même. Mais n'ayant pas constaté l'artério-sclérose, il l'attribue à une excitation mécanique du tronc du pneumogastrique. (*Berl. klin.* Woc., nos 15 et 16, avril.)

Rien ne prouve cependant cette étiologie puisque la pression, faite absolument dans les mêmes conditions, ne réussit pas à gauche comme à droite. D'ailleurs cet effet sur le cœur est si passager, même lorsque la compression persiste, qu'il n'est guère possible de l'attribuer à une cause durable comme la compression d'une branche nerveuse.

PRIX. La science française a obtenu une grande récom-

pense dans la personne de son illustre physiologiste : M. Cl. Bernard. A l'unanimité, le Collége royal des médecins d'Angleterre lui a décerné la médaille Baly, de même que M. Leverrier a obtenu la grande médaille d'or de l'Académie royale des sciences de Londres. Ce sont là de nouveaux gages d'entente cordiale entre les deux nations.

Au contraire, c'est toujours avec l'Allemagne que l'Italie fraternise. L'Académie de médecine de Turin a décerné le quatrième prix Riberi de 20 000 francs au professeur Schiff (de Florence) pour ses *Contributions à la physiologie pathologique de la moelle spinale.* Heureusement, cet Allemand là, élève de Magendie, s'est tout à fait italianisé et mérite par ses travaux l'admiration du monde entier.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Les prix en sont de plus en plus délaissés. Aucun mémoire n'a été envoyé en réponse à plus de la moitié des questions mises au concours, et, sur une somme totale de 15 900 francs à décerner, 6800 seulement ont été accordés, sans que le programme proposé ait été rigoureusement suivi à la lettre. Le prix Godard sur la pathologie interne a ainsi été accordé à la thèse de M. Thaon sur l'*Anatomie pathologique de la tuberculose* ; tandis que le prix Portal, sur l'anatomie pathologique, a été décerné à un mémoire sur un *monstre autositaire.* On voit qu'il est avec l'Académie, comme avec le ciel, des accommodements.

Les prix de ce corps savant ne cessent cependant de se multiplier. M. Desportes, son doyen d'âge, lui a légué en mourant cette année une somme de 30 000 francs dont les intérêts annuels seront employés à distribuer des prix ou des récompenses aux auteurs de mémoires sur *l'histoire naturelle et la thérapeutique.*

Le revenu annuel du legs de 100 000 francs, fait par M. Demarquay, pourra aussi servir à créer un prix pour le meilleur ouvrage sur *l'anatomie pathologique ou histologique, la pathologie externe ou interne, ou l'hygiène.*

Voici le programme de ces prix pour 1876 :

Prix de l'Académie. Étude comparée des divers modes de pansement des grandes plaies : 1000 francs.

Prix Portal. Au meilleur mémoire sur un sujet quelconque d'anatomie pathologique : 1000 francs.

Prix Civrieux. Du rôle du système nerveux dans la production de la glycosurie : 2000 francs.

Prix Capuron. Des altérations du placenta et de leur influence sur le développement du fœtus : 2000 francs.

Prix Barbier. Aux découvertes des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc.

Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés : 3000 francs.

Prix Godard. Au meilleur travail sur la pathologie interne : 1000 francs.

Prix Orfila. De l'aconitine et de l'aconit.

D'après les intentions du testateur, « la question doit être » envisagée au point de vue de la physiologie, de la patho- » logie, de l'anatomie pathologique, de la thérapeutique et » de la médecine légale. Ainsi : que deviennent ces poi- » sons après avoir été absorbés, dans quels organes séjour- » nent-ils, à quelles époques sont-ils éliminés et par quelles » voies ? Quels troubles amènent-ils dans les fonctions, quels » sont les symptômes et les lésions organiques qu'ils pro- » voquent ; quelle est leur action sur les fluides de l'éco- » nomie animale et, en particulier sur le sang ; quel mode » de traitement doit-on préférer pour combattre leurs » effets ; enfin, et ceci est le plus important, quelle est la » marche à suivre pour déceler ces toxiques, avant la mort, » soit dans les matières vomies ou dans celles qui ont été » rendues par les selles, soit dans l'urine et dans d'autres » liquides excrétés ainsi que dans le sang ? Après la mort, » la recherche médico-légale de ces toxiques devra avoir » lieu dans le canal digestif, dans les divers organes, dans » l'urine et dans le sang ; il faudra également indiquer l'é-

» poque de l'inhumation, passé laquelle il n'est plus pos-
» sible de les déceler.

» Des expériences nouvelles seront tentées sur les contre-
» poisons. Peut-on, par exemple, poursuivre ces toxiques
» jusque dans le sang et dans les organes où ils ont été
» portés par absorption, en faisant usage d'un agent chi-
» mique qui les rendent inertes ou beaucoup moins actifs? »
4000 francs.

Prix Itard. A l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée, ayant au moins deux ans de publication : 2800 francs.

Prix Saint-Lager. — Voy. *année* 1873.

Prix Falret. De la folie dans ses rapports avec l'épilepsie : 2000 francs.

Prix Rufz de Lavison. Établir, par des faits exacts et suffisamment nombreux, chez les hommes et chez les animaux qui passent d'un climat dans un autre, les modifications, les altérations de fonctions et les lésions organiques qui peuvent être attribuées à l'acclimatation.

Les mémoires et les livres pour ces prix doivent être envoyés sans exception aucune, à l'Académie, rue des Saints-Pères, avant le 1er mars 1876. Ils devront être écrits en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les noms et adresses des auteurs.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

1876. **Grand prix de médecine et chirurgie.** L'Académie a remis au concours la question, de *l'application de l'électricité à la thérapeutique*. Les concurrents doivent indiquer les appareils électriques employés, décrire leur mode d'application et leurs effets physiologiques ; rassembler et discuter les faits publiés sur l'application de l'électricité au traitement des maladies, et, en particulier, au traitement des affections des systèmes nerveux, musculaire, vasculaire et lymphatique ; vérifier et compléter, par de nou-

velles études, les résultats de ces observations et déterminer les cas dans lesquels il convient de recourir, soit à l'action des courants intermittents, soit à l'action des courants continus : 5000 francs de récompense. Les ouvrages, écrits en français, devront être parvenus au secrétariat de l'Institut, avant le 1er juin 1876.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Prix Aubanel. Étudier au point de vue clinique et médico-légal, à tous ses degrés, sous ses différentes formes et principalement à son début, l'affaiblissement intellectuel symptomatique des affections organiques du cerveau. L'état mental des apoplectiques et l'étude comparative de l'affaiblissement intellectuel dans la démence sénile et la démence paralytique doivent fixer particulièrement l'attention des candidats : 2400 francs de récompense.

Terme du concours : 31 décembre 1877. Adresser les mémoires au secrétaire général.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE.

1876 : I. Montrer, par des recherches statistiques assez limitées pour que les éléments en puissent être exactement recueillis et facilement coordonnés, circonscrites à un canton, par exemple, et s'étendant, autant que possible, comme période de temps, du commencement du siècle jusqu'à nos jours, quels sont les rapports entre l'accroissement du nombre des cabarets et les changements survenus dans la natalité, la mortalité, la durée de la vie moyenne, la criminalité, la fréquence des maladies mentales, des suicides, le nombre des exemptions du service militaire pour faiblesse de constitution ou infirmités.

II. Étude comparée des législations relatives aux débits des boissons dans les divers États de l'Europe. Chercher dans cette étude des données sur les modifications dont la législation française serait susceptible au point de vue de la répression de l'abus des boissons alcooliques.

III. Étudier les associations coopératives de consommation qui existent en France, les causes qui en ont jusqu'à

ce jour restreint l'extension et les avantages qu'elles présentent au point de vue de la tempérance.

IV. Déterminer, à l'aide de l'observation clinique et de l'expérimentation, les effets comparatifs des eaux-de-vie et des liqueurs dites *similaires de l'absinthe* et qui sont préparées avec les essences de fenouil, de badiane, d'anis, de tanaisie et autres plantes analogues.

Pour chacune des quatre questions, le prix sera de 1000 francs.

1877 : I. Déterminer, à l'aide d'analyses chimiques répétées sur un grand nombre d'échantillons pris au hasard, chez les débitants de Paris ou de la province, les analogies et les différences qui existent entre l'esprit-de-vin et les alcools de toute autre provenance livrés au commerce des boissons ou des liqueurs : 2000 francs.

II. Est-il possible de distinguer positivement, par l'examen des propriétés chimiques ou physiques, les vins et les eaux-de-vie naturels, c'est-à-dire provenant de la fermentation des jus de raisin, ou de la distillation des jus fermentés, des vins ou des eaux-de-vie fabriqués ou mélangés avec des alcools d'autre provenance : 1000 francs.

1878 : Déterminer, à l'aide de l'observation clinique et de l'expérimentation, les différences qui, au point de vue des effets sur l'organisme, et à titre alcoolique égal, existent entre les vins et les eaux-de-vie naturels d'une part, et, d'autre part, les vins fabriqués ou simplement relevés avec des alcools de provenance purement industrielle et les eaux-de-vie de même origine : 2000 francs.

Les mémoires écrits en français et accompagnés d'un pli, cacheté avec devise indiquant les noms et adresses des auteurs, devront être envoyés à M. le docteur Lunier, secrétaire général, rue de l'Université, 6, à Paris, avant le 1er janvier de chaque année dans laquelle les prix doivent être décernés.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE.

1877 : *De l'urine pathologique ;* déterminer les caractères physiques, chimiques ou microscopiques; discuter les procédés d'analyse employés pour reconnaître ses altérations : 300 francs.

Prix Jules Naudin. *Les eaux minérales des Pyrénées françaises.* Les concurrents pourront adopter le cadre d'une étude complète et générale, ou se restreindre à la monographie d'une ou de plusieurs stations : 800 francs.

L'auteur qui aura remporté le prix recevra, en outre, cent exemplaires de son mémoire, sans frais pour lui, jusqu'à concurrence de cent pages d'impression in-8°.

Ce supplément de récompense pourra être accordé à l'auteur du mémoire classé au premier rang dans le concours et qui, sans avoir mérité le prix, aura obtenu une médaille d'or de 100 francs au moins.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX.

1876 : La Société étant d'avis que les théories récemment proposées tant en France qu'en Allemagne, pour expliquer la formation des œdèmes, sont incomplètes et ne reposent pas sur des expériences assez probantes, met au concours la question suivante : *Exposer la pathogénie de l'œdème.*

Médaille d'or de 300 francs, à décerner à la fin de l'année 1876. Les mémoires, écrits en français ou en latin, doivent être adressés, *franc de port*, à M. Douaud, secrétaire général, allée de Tourny, 10, jusqu'au 31 août 1876.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU NORD.

Résumé de l'état actuel des connaissances acquises en hématologie normale et comparée : 1000 francs.

Les mémoires devront être envoyés, avant le 1er janvier 1877, au secrétaire général, rue Sainte-Catherine, 5, à Lille.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS.

1876 : De la valeur des résections osseuses dans les cas de lésions traumatiques des os et des articulations.

Médaille d'or de 200 francs.

1877 : Des rapports qui existent entre le pouls et la température du corps, dans les maladies aiguës, et des indications qui en résultent pour le diagnostic, le pronostic et le traitement.

Médaille d'or de 300 francs.

Chaque année, une médaille d'or de 200 francs est décernée au médecin du département de la Somme qui a présenté le meilleur travail, sur un sujet quelconque, ayant trait aux sciences médicales.

Les mémoires doivent être inédits et les manuscrits envoyés dans les formes académiques, au secrétaire de la Société, le docteur Genty, 10, rue du Cloître-Notre-Dame, à Amiens, avant le 1er mai 1876 pour le premier prix et le 1er janvier 1877 pour le second.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE SAINT-ÉTIENNE ET DE LA LOIRE.

De l'anémie chez les mineurs.

Prix de 800 francs, au mois de décembre 1876, à l'auteur du meilleur mémoire inédit sur ce sujet.

Les mémoires, écrits en français ou en latin, devront être parvenus, avant le 30 septembre 1876, à M. le docteur Sautereau, secrétaire, rue Traversière, 6, à Saint-Étienne (Loire).

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE.

I. De l'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie; ses avantages et ses inconvénients par rapport aux praticiens et aux malades dans les grandes et petites villes.

II. Origine des spécialités en pharmacie et de leur valeur au point de vue scientifique; avantages et inconvénients qu'elles offrent aux médecins, aux pharmaciens et aux malades; y a-t-il lieu d'en favoriser le développement ou d'en restreindre l'usage?

III. Étude d'un point quelconque de pathologie externe. Le Comité verrait avec plaisir traiter la question de la suture des tendons.

Médaille d'or, d'argent ou de bronze. Les mémoires devront être adressés au siége de la Société, rue de l'Arbre-Sec, 25, à Marseille, au plus tard le 20 mai 1876.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE TURIN.

Prix Bonacossa. Une rente annuelle de 150 francs est destinée à former un prix tous les cinq ans, soit

750 francs, à délivrer au meilleur travail publié sur les maladies mentales pendant cinq ans.

Les ouvrages manuscrits ou imprimés, écrits en langue italienne, latine ou française, devront être parvenus à l'Académie le 31 décembre 1879.

INSTITUT DE PERFECTIONNEMENT DE FLORENCE.

Prix Bufalini. L'expérience de sa longue carrière l'ayant fortement persuadé de la fausseté des principes dits *à priori*, incapables de produire aucune connaissance, et de l'unique vérité de la méthode et de la philosophie *expérimentales*, l'illustre pathologiste a fondé en mourant un prix qui sera décerné dans dix ans, et ensuite de vingt en vingt ans, au meilleur travail basé sur le programme suivant. Étant évidente la nécessité d'assurer à la méthode expérimentale la vérité et l'ordre dans toutes les sciences, démontrer d'abord comment on doit en user dans chaque argument scientifique et ensuite comment on s'en est servi dans les sciences isolées d'un concours à l'autre, et comment elles peuvent être rappelées à l'observation fidèle et exacte de cette méthode.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PHYSIQUE DE FLORENCE.

Prix Galligo. N'ayant pas été décerné en 1874, ce prix de 500 francs sera délivré au meilleur travail original et manuscrit, écrit en italien, sur la syphiligraphie ou les maladies des enfants. Adresser *franco* et dans les formes académiques avant le 1er avril 1876 ou 1877 au secrétariat de la Société, à l'hôpital de S. Maria Nuova, à Florence.

MÉDICAL SOCIETY OF LONDON.

Prix Fothergill. 1877 : *La pyémie.*

L'issue du concours a lieu au mois de mars de chaque année, mais les mémoires, écrits en anglais ou en latin, doivent être parvenus au secrétariat de la Société et dans les formes académiques avant le 1er novembre précédent. Tous les étrangers sont admis à concourir. Une médaille en or de 20 guinées est la récompense.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

1877 : Quels sont les rapports entre l'émigration des globules du sang et l'inflammation? La réponse doit être basée sur de nouvelles expériences et, au besoin, sur de nouvelles démonstrations. Médaille de 1000 francs. — Clôture du concours : 1er mars 1877.

Adresser les manuscrits au secrétariat de l'Académie, place du Musée, n° 1, à Bruxelles.

Q

QUININE. Dans une nouvelle étude de ce médicament, publiée à Berlin, le professeur Binz résume les principaux travaux pharmacologiques exécutés en Allemagne sur ce sujet. Ses propriétés antiseptiques ont été confirmées par la démonstration, sous son influence, de la paralysie des mouvements amiboïdes des leucocytes, dans le sang en circulation comme au dehors. Leur diapédèse est ainsi considérablement diminuée avec des doses non toxiques.

Rossbach explique cette action de la quinine sur les produits protoplasmiques organisés du sang par sa combinaison avec le protoplasma qui le rend plus rebelle à l'action de l'oxygène. Il a montré par des expériences que la quinine provoque, entre l'hémoglobine des globules rouges et l'oxygène, une combinaison plus intime, et diminue ainsi l'oxydation.

Zürgensen a démontré d'autre part son action sur la température humaine, qu'elle diminue et régularise. Elle s'élève moins, sous son influence, par le travail musculaire. La chaleur et la sueur, produites par un exercice violent, sont de même réduites à leur minimum par l'ingestion de sulfate de quinine.

Son efficacité contre la fièvre de foin et la coqueluche, attribuée à des organismes microscopiques, sont une confirmation thérapeutique, d'après l'auteur, de ces propriétés antiseptiques. — Voy. Érysipèle.

Supériorité du bromhydrate. Il résulte des observations

thérapeutiques de M. le professeur Gubler, que ce sel a des propriétés spéciales résultant de sa composition. Plus soluble et contenant plus d'alcaloïde que le sulfate, il en a toutes les propriétés à moindre dose, et il en diffère par le défaut d'ivresse quinique et la sédation nerveuse, l'hypnotisme, qui suivent son emploi. Il est ainsi indiqué spécialement, en raison de ces propriétés, dans le traitement des affections congestives et fébriles du système nerveux, névralgie-névrite, névrose irritative, hypérémies encéphaliques, etc. Il s'est aussi montré très-efficace dans les fluxions viscérales ou articulaires, diathésiques ou non, rhumatismales, goutteuses, fièvres symptomatiques, *a frigore*, etc.

On l'administre à la dose de 40 centigrammes à 1 gramme par jour, par prises de 20 centigrammes, en pilules ou autrement, en raison de sa solubilité.

Il est employé sans nocuité en injections hypodermiques. 20 centigrammes, équivalant à 30 de sulfate, injectés sous la peau, n'ont produit ni rougeur ni gonflement. Cette nouvelle préparation se recommande donc sous tous les rapports. (*Journ. de thér.*, juillet et septembre, et *Lyon médical.*)

Salicylate de quinine. Employé contre les fièvres continues par M. Maury, il a amené l'abaissement du pouls et de la température. M. Perroud a observé les mêmes phénomènes à la dose de 20 centigrammes par jour en deux fois, dans une pneumonie et une méningite tuberculeuse. (*Soc. des sc. méd. de Lyon.*)

QUINQUINAS. S'inspirant, pour l'essai de richesse de ces précieuses écorces, des divers procédés employés, et notamment de celui de MM. Boiraux et Léger, M. Herbelin est arrivé à en établir un qui lui permet de connaître cette richesse si rapidement qu'il ne sera plus excusable d'employer un quinquina sans en avoir déterminé la valeur.

10 grammes de quinquina grossièrement pulvérisé mis dans un verre sont humectés avec 30 grammes d'ammoniaque liquide en remuant avec une baguette de verre pour mieux pénétrer la masse ; on verse ensuite sur cette pâte 30 grammes de benzine pour dissoudre la quinine par l'agi-

tation. Après cinq minutes de contact, on décante la benzine et l'on renouvelle cette opération quatre ou cinq fois.

Le produit de ces divers traitements est réuni dans une fiole de 250 centimètres cubes, on y ajoute 50 grammes d'eau acidulée avec 5 pour 100 d'acide sulfurique. On agite pendant quelques minutes. La quinine passe à l'état de sulfate. On décante le liquide aqueux et l'on précipite la quinine avec quantité suffisante d'ammoniaque. On la recueille sur le filtre et l'on pèse après dessiccation. Une heure suffit à cette opération. (*Société de médecine de Nantes,* novembre 1874.)

L'heureux planteur anglais des quinquinas dans l'Inde, M. Markham, vient de restituer la véritable étymologie et l'orthographe du mot *Chinchona*. Dans un petit mémoire de 99 pages, paru à Londres (*A memoir of the lady Ana de Osorio, countess of Chinchon, and vice-queen of Perù, vith a plea for the correct spelling of the Chinchona genus*), il montre que c'est à cette dame, femme du comte de Chinchon, quatrième de ce nom et vice-roi du Pérou de 1620 à 1639, guérie d'une fièvre tierce par la précieuse écorce, que vient son nom qui lui fut donné par Linné en 1742, en l'appliquant au genre quinquina. Il l'écrivit *Cinchona*, comme on l'écrit encore en anglais, et dont nous avons fait la cinchonine et la cinchonidine. C'est chinchona et chinchonine qu'il faut écrire pour conserver à ce mot son étymologie authentique. Si donc elle n'a rien à faire avec notre mot quinquina et quinine, l'orthographe importe pour les autres produits.

M. Markham a d'autant plus de droit à plaider cette juste restitution qu'il a le plus contribué à propager cet arbre précieux en le naturalisant dans l'Inde. 2 645 373 pieds y sont actuellement en pleine et luxuriante végétation dans les montagnes Nilgiri et à Ceylan. Plus de 20 000 livres d'écorce en ont été recueillies et envoyées par lui sur le marché anglais, et ont rapporté plus de 100 000 francs.

R

RAGE. *Lavements de chloral.* Au lieu de l'injecter dans les veines, comme l'a fait M. Bucquoy (voy. *année* 1874), M. C. Paul l'a donné en lavement, ce qui est bien préférable en ce sens que l'on ne court pas le danger de tuer son malade pour le sauver. Chez un gardien du bois de Vincennes, mordu le 3 septembre par un chien qui mourut de rage à Alfort, des douleurs se déclarèrent au niveau de la morsure au trente-sixième jour, et, trois jours après, les symptômes d'hydrophobie éclataient ; un lavement de 5 grammes de chloral est donné et un mieux sensible existait une demi-heure après. Maintenu dans l'obscurité, ce malade buvait au moyen d'une cafetière enveloppée de noir. Il put même manger un peu de soupe avec une cuiller en bois. 15 grammes de chloral furent ainsi donnés pendant le premier jour, et il y eut du sommeil la nuit.

La même dose fut donnée le lendemain et procura un calme aussi satisfaisant et complet. Il dura cinquante-deux heures ; mais des spasmes respiratoires et l'écume bronchique amenèrent l'asphyxie le troisième jour, malgré l'inspiration de l'oxygène et de douze à quinze gouttes de nitrite d'amyle. Il mourut pendant une convulsion.

Si c'est encore là une preuve de plus de l'incurabilité de la rage, c'en est une aussi que le chloral est un moyen précieux, en lavement comme en injection veineuse, de calmer les accès hydrophobiques si épouvantables, de soulager et d'alimenter ces pauvres malheureux et de rendre ainsi leurs derniers moments plus supportables, pour eux et leurs familles. (*Soc. de thérap.*, octobre.)

RÉSECTIONS. Résection du maxillaire supérieur. *Nouveau moyen de la pratiquer.* Sans tenir compte du procédé imaginé par M. Verneuil pour éviter l'écoulement du sang dans les voies aériennes et digestives (voy. *année* 1873), M. E. Rose emploie un nouvel expédient à cet effet. Rejetant le tamponnement de la trachée au moins chez les Suisses, à cause de l'hypertrophie du corps thyroïde dont ils sont fréquemment atteints et qui peut compliquer la

trachéotomie qu'il s'agit de pratiquer alors, il place la tête du patient dans une position déclive, qui permet l'anesthésie sans danger de syncope et, en éclairant mieux le champ opératoire, trace au sang répandu une voie à l'extérieur. Voici comment il le décrit lui-même :

L'opération se fait dans une chambre chaude ; le cou et la poitrine découverts, le malade est couché horizontalement sur une table et chloroformé. Quand l'anesthésie est complète, on attire la tête un pied environ au delà du bord bien matelassé de la table, et on la laisse pendre naturellement. Dans cette position, la tête est dans l'extension forcée, le vertex dirigé vers le sol ; un aide, à genoux sur un coussin en arrière de la tête, la maintient solidement en la tenant à deux mains par les tempes. L'opérateur s'assied à côté de la tête et s'arrête toutes les fois que le malade se réveille. On introduit un spéculum buccal sur une des parties latérales de la bouche ; la langue est attirée dehors afin qu'elle ne s'applique pas sur l'isthme du gosier. Dès les premières incisions, le sang s'écoule dans les fosses nasales et de là, sortant par les narines, vient tomber sur le sol. Une éponge introduite dans le pharynx en ressort, au contraire, sans rapporter de sang et lorsqu'après l'opération, le malade est atteint de vomissements chloroformiques, les matières ne présentent point de traces de sang. Il demeure par contre assez souvent des caillots sanguins dans les fosses nasales.

Ce procédé présenterait, d'après l'auteur, d'autres avantages accessoires : la cavité buccale serait mieux et plus facilement éclairée ; l'on n'aurait pas à craindre de syncope déterminée par l'agent anesthésique. Il ne faut pas s'effrayer de la congestion et même de la tuméfaction de la face ; elles disparaissent aussitôt la position verticale reprise. (*Archiv für Klin. chirurg.*, 1874.)

Deux résections du maxillaire supérieur ont été pratiquées par Burow (de Kœnisberg), suivant la manœuvre précédente. Il n'a pas trouvé d'inconvénient à laisser les opérés si longtemps endormis dans cette position. C'est ainsi que des vieillards, des individus atteints d'affections cardiaques ou d'emphysème, ont pu y être soumis deux à trois heures sans accident, malgré tous les signes d'une congestion veineuse intense, saillie des globes oculaires, tuméfaction de

la tête avec augmentation de deux à trois centimètres de la circonférence du crâne. Une subluxation cervicale pourrait même en résulter si l'on ne maintenait la tête dans une position convenable. (*Berl. Klin. Wochens.*, n° 5, février.)

RESPIRATION ARTIFICIELLE. *Compression rhythmique du cœur.* Le professeur Böhm (de Dorpat) a constaté expérimentalement, comme l'avait déjà fait le professeur Friedberg en 1866, qu'une pression modérée sur la base du thorax, dans la région du cœur, exercée à chaque expiration conjointement avec la respiration artificielle, ranime les battements du cœur après un repos qui peut aller jusqu'à quarante minutes. Ce serait donc là un précieux adjuvant à employer dans tous les cas d'asphyxie ou d'empoisonnement. (*Centralblatt*, 1874.)

Il est vrai que ces heureux résultats ont été obtenus, dans les empoisonnements, par l'injection des sels de potasse dans les veines dont le premier effet est d'arrêter rapidement les battements du cœur et la respiration ensuite. On peut donc se demander s'il en serait de même dans l'asphyxie par défaut d'air. On comprend que l'excitation mécanique du cœur, par la compression des parois thoraciques, puisse en réveiller les battements arrêtés, suspendus par l'atonie de cet organe. Mais en serait-il de même quand cet arrêt est la conséquence du défaut de respiration ? C'est une étude facile à faire sur les nouveau-nés et les asphyxiés.

RÉTENTION D'URINE. *Calculs rénaux.* Une cause rare et peu connue de cet accident est la présence de calculs dans les bassinets obturant complétement la lumière de ce conduit, comme M. Hutchinson l'a constaté sur un rein unique à gauche (voy. *année* 1874). Rarement les deux reins sont ainsi atteints à la fois ; mais l'un peut manquer, comme dans le cas précédent, ou être détruit par une pyélite calculeuse et ainsi la descente de l'urine dans la vessie est complétement empêchée. Alors la rétention se manifeste subitement et le cathétérisme constate l'absence absolue d'urine dans la vessie.

C'est ce que trouva M. Hutchinson chez un homme de trente à quarante ans n'ayant pas uriné depuis quatre jours.

Il souffrait peu et n'accusait aucun symptôme d'intoxication urémique ; il avait précédemment expulsé des calculs. Un bain chaud, donné à la suite de purgatifs, diurétiques et diaphorétiques, fit spontanément rendre une urine claire contenant un calcul. La rétention se reproduisit de nouveau, pendant quarante-huit heures, quelques temps après et cessa définitivement sans nouvelle expulsion de calcul.

De même chez un commis-voyageur de cinquante ans, atteint d'une rétention d'urine complète, sans symptômes alarmants. Des nausées avec un sentiment de faiblesse et tendance à la transpiration étaient les seuls phénomènes sensibles. La mort arriva du septième au huitième jour après une période d'assoupissement, de transpiration à odeur urineuse et de coma.

L'autopsie n'étant pas venue montrer le corps du délit, comme dans le premier, il n'y a pas lieu de trop généraliser l'action de cette cause toute mécanique. Mais d'autres faits collectés dans les *Transactions of the pathological Society*, tomes XI et XVI, permettent néanmoins de soupçonner cette cause. Ainsi chez un homme de soixante-deux ans, qui, un mois avant sa mort, avait eu pendant deux jours une rétention d'urine sans cause appréciable de ce qui l'avait déterminée, en reparaissant onze jours d'une manière persistante avant la terminaison fatale, le docteur Bagshawe trouva à l'autopsie le rein droit entièrement détruit par une affection ancienne et l'uretère gauche obstrué par une masse cristalline mêlée à des caillots sanguins.

Une femme de trente ans ayant succombé le douzième jour d'une rétention complète d'urine, M. Nunneley trouva, à l'autopsie, les deux reins profondément altérés ; dans le bassinet du rein droit existait un calcul volumineux et celui du rein en contenait plusieurs petits.

Un homme de quarante-neuf ans, admis à l'hôpital pour des douleurs lombaires, fut pris de rétention d'urine quarante-huit heures après son entrée. L'urine s'échappa à flot tout à coup pour cesser ensuite de couler d'une manière définitive mais non absolue ; 200 grammes environ furent rendus dans les sept derniers jours, sans douleur. — Voy. CONTUSION DU PÉRINÉE.

M. Fuller trouva, à l'autopsie, les deux bassinets comblés par un calcul moulé sur les uretères qu'il oblitérait en

partie. L'un de ces calculs pesait 120 grammes et l'autre 98. Les douleurs lombaires reparurent trois jours avant la mort avec des vomissements, de la constipation, de l'insomnie, sans coma. (*Lancet*, juillet, 1874, et *Arch. de méd.* février.) — Voy. NÉPHROTOMIE.

Un fait non moins concluant est relaté par le docteur Secondo Mancini. Il observa subitement une rétention d'urine absolue chez un malade qui n'avait présenté aucun symptôme de calcul rénal. Il succomba neuf jours après avoir éprouvé des signes manifestes d'urémie. L'émission de 81 centimètres cubes d'urine eut seulement lieu le sixième jour.

L'autopsie montra deux calculs, un dans chaque rein, placés sur l'ouverture des uretères. (*Sperimentale*, juin.)

RÉTRÉCISSEMENTS. Rétrécissements de l'urèthre. Il est très-rare chez le Javanais, le Malais et le Chinois, malgré la fréquence de la blennorrhagie, comme l'a constaté M. Oudenhouen, médecin de la marine néerlandaise. Il attribue ce fait, contraire à ce qui a lieu en Europe, à l'habillement particulier de ces peuples, c'est-à-dire la robe, qui leur permet d'uriner assis, sans aucune compression de l'urèthre. L'usage du pantalon comprime celui-ci et exige plus d'efforts et de frottement de l'urine sur les parois. Ne gêner en rien l'urèthre pendant la blennorrhagie en rendant la miction facile est donc le point pratique qui découle de cette découverte clinique. (*Arch. méd., belges.*)

Dilatation avec la laminaire. L'efficacité de ce végétal paraît extraordinaire. Un gentleman de quarante-cinq ans, ayant un rétrécissement uréthral constaté à quatre pouces et demi du méat, avec rétention d'une urine chargée, demanda à en être débarrassé de suite. A cet effet, M. Samuel Lee essaya l'introduction d'une bougie de laminaire d'une grosseur égale au cathéter n° 3. Trempée d'abord dans l'eau, elle fut huilée et pénétra sans difficulté. Son séjour détermina une cuisson assez vive et, après une demi-heure, elle fut retirée. Des bougies graduellement plus grosses furent ainsi passées les jours suivants jusqu'au numéro 10,

et, après ces sept jours, la guérison était complète, c'est-à-dire que le malade urinait facilement.

Renouvelé dans un second cas, ce traitement n'a pas eu le même succès, la dureté du rétrécissement nécessita l'uréthrotomie interne. (*British med. journal*, octobre.)

Ce moyen semble bien chanceux dans ce cas, qui est loin d'être assimilable aux fistules ou trajets fistuleux qu'il s'agit de dilater et dans lesquels la laminaire a été employée. Que ce tube végétal se brise alors et il est toujours possible d'agrandir ce trajet pour en extraire la portion brisée. Mais dans une coarctation non dilatable, que la partie postérieure se dilate comme la partie antérieure et la laminaire serrée peut se rompre en la retirant. Il y a donc de sérieux dangers à recourir à un pareil moyen.

Uréthrotomie sous-cutanée. — Voy. *ce mot.*

Études cliniques sur le traitement de quelques complications des rétrécissements de l'urèthre, infranchissables ou difficiles à franchir, compliqués d'infiltrations urinaires, d'abcès urineux, de fistules urineuses; par le docteur E. Martin, ancien interne des hôpitaux de Paris. Travail couronné par la commission du prix Civiale. Paris, 1875, in-8° de 205 pages.

Essentiellement pratique, ce mémoire, fait sous la direction de M. Guyon, dans son service spécial de l'hôpital Necker, donne l'état exact de la science clinique sur les lésions indiquées dans le titre. Tout en signalant particulièrement la pratique du maître et les résultats qui en sont obtenus, il indique les procédés, les méthodes, les instruments en usage chez d'autres spécialistes contemporains et même anciens, mais sans les comparer entre eux, sans les juger, ni les critiquer. Voici donc le procédé suivi par M. Guyon et les résultats obtenus dans les simples rétrécissements infranchissables :

Au lieu des bougies à extrémité filiforme aiguisée, dites en queue de souris, généralement employées pour mieux pénétrer dans l'étroite lumière du rétrécissement, M. Guyon fait usage de bougies en gomme dont l'extrémité, qui doit pénétrer dans le rétrécissement souvent dur, coarcté, est recourbée, infléchie ou tortueuse selon l'empreinte donnée par la bougie en cire appliquée préalablement. Cette ex-

trémité est durcie dans une étendue de 1 à 2 centimètres environ en la trempant dans du collodion pur selon le procédé Curtis. Après les précautions et les soins ordinaires, l'empreinte du rétrécissement étant prise, ces bougies sont introduites sans effort ni violence, pendant une séance qui ne doit jamais excéder un quart d'heure à une demi-heure au plus, sauf à s'arrêter dès que le sang coule. En insistant minutieusement sur les moindres détails de ce procédé, l'auteur offre un vrai guide aux jeunes médecins encore peu habitués aux tentatives de ce cathétérisme difficile.

Sur 90 cas de rétrécissements graves, traités selon ces préceptes en 1873, 11 fois seulement la bougie n'a pu franchir d'emblée le rétrécissement. Sur 300 cas de l'exercice des années précédentes, il n'y avait eu que 13 cas rebelles. C'est donc 24 insuccès primitifs sur 390 ; 14 de ces cas rebelles étaient dus à la blennorrhagie, 7 au traumatisme, 2 à ces causes réunies et 1 à un chancre du méat. 10 étaient compliqués de fistules urinaires. Or, 20 fois, M. Guyon a triomphé des obstacles par son procédé de douceur et de patience sans que ni hémorrhagies sérieuses, ni fausse route, ni infiltration urineuse en soient résultées. Il n'est resté définitivement que 4 cas qui ont dû être traités par l'uréthrotomie externe sans conducteur.

Quant à l'infiltration urineuse, elle est traitée par l'incision rapide, profonde et étendue sans tentatives de cathétérisme consécutif que quinze jours, trois semaines et même davantage après. Si le rétrécissement est dur et ancien, l'uréthrotomie interne est préférée à la dilatation.

Quand les fistules coïncidentes ne guérissent pas par le simple rétablissement du cours libre de l'urine par le canal, M. Guyon préfère le cathétérisme répété quatre à cinq fois par jour, suivant le besoin, à la sonde à demeure et il a eu plusieurs fois l'occasion de vérifier l'efficacité de cette pratique dans ces dernières années. Si l'induration des parois fistuleuses s'oppose à leur cicatrisation, leur incision, combinée avec l'uréthrotomie externe, est préférée à leur excision, selon le procédé de M. Voillemier. — Voy. *année* 1874.

Tels sonts les points saillants de cette étude qui n'a malheureusement pas, pour le lecteur ni pour l'analyste, la

clarté ni la concision du maître. Beaucoup de détails pourraient être omis. La forme n'a pas la valeur du fond que la distinction académique, dont elle a été l'objet, indique mieux que tous les éloges.

Rétrécissements de l'œsophage. En diminuant le calibre antérieur de l'olive classique du cathéter et en augmentant le diamètre transversal, M. Chassagny a pu franchir des rétrécissements n'ayant pas laissé passer des olives cylindriques. Les rapports anatomiques de l'œsophage ont déterminé cette modification instrumentale de l'arsenal déjà si important de l'accoucheur lyonnais. (*Académie des sciences*, mars.)

Gastrotomie. A défaut de pouvoir vaincre l'obstacle, les chirurgiens anglais le surmontent. Contre le rétrécissement organique et infranchissable du rectum, ils pratiquent la colotomie sans hésiter, comme la gastrotomie contre le rétrécissement infranchissable de l'œsophage. Le même principe les dirige dans les deux cas. M. Sydney Jones la pratiqua ainsi chez un ingénieur de soixante-sept ans qui ne pouvait plus avaler les solides, depuis sept mois, et venu à l'hôpital Saint-Thomas, le 21 janvier, en réclamant une opération. Maigreur extrême, sans voix ni dyspnée. Œsophage infranchissable avec les bougies, masse dure à gauche de la trachée derrière l'articulation sterno-claviculaire. Faim vive et douleur au creux de l'estomac. Difficulté de déglutition des liquides. L'œsophagotomie était impossible, la gastrotomie fut proposée et acceptée avec tous ses dangers.

Après chloroformisation, une incision de 9 pouces de long fut pratiquée, le 3 mars, allant du mamelon gauche à l'épine du pubis. L'estomac fut saisi, attiré au dehors avec le pouce et l'index sur le bord externe du muscle droit. Sa paroi fut incisée et fixée à la plaie avec des sutures.

A cause des spasmes des muscles abdominaux, on ne put administrer une once de lait et d'eau-de-vie que le 8 mars, concurremment avec les lavements nutritifs. L'opéré était dans un état assez satisfaisant lorsque du sang fut rendu par la bouche et par la plaie. Le 12 avril, l'expectoration s'arrêta et une bronchite détermina la mort quarante jours après l'opération.

L'autopsie montra une tumeur cancéreuse du pharynx, commençant au-dessous du bord supérieur du cartilage cricoïde et envahissant le lobe gauche du corps thyroïde. Des altérations anciennes existaient dans le cerveau. Les adhérences de l'estomac à la paroi abdominale étaient solides. (*Lancet*, 15 mai.)

On voit donc une fois de plus que cette opération n'est pas plus rationnelle que l'excision sur place du mal comme Billroth l'a tenté.

RÉUNION IMMÉDIATE. Maintien des parties profondes dans le contact le plus parfait; légère compression élastique avec des bandelettes d'amadou et l'immobilité, le repos le plus absolu, sont, pour M. le professeur Trélat, les meilleures conditions, sinon les conditions indispensables, pour la réunion immédiate et la guérison des plaies. Toutes les fois que cette réunion primitive, immédiate, ne peut être faite comme dans les plaies confuses, sinueuses, hémorrhagiques, saignantes, elle ne doit pas être tentée, car elle échoue infailliblement dès qu'un vide ou un corps étranger se trouve entre les lambeaux ou les lèvres d'une plaie. (*Progrès méd.*, n° 8.)

C'est à peu près tout le secret d'un procédé employé depuis huit ans, après l'ablation des tumeurs, par M. Vibert, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu du Puy et publié par lui comme nouveau. Seulement, au lieu d'un adossement simple des parois de la plaie, il en opère le rapprochement exact au moyen de sutures métalliques passant sous le plancher de la plaie. L'avantage de ce procédé serait d'éviter l'hémorrhagie secondaire sans la ligature des vaisseaux, et de ne laisser aucun corps étranger entre les lambeaux ainsi étroitement accolés. En voici le mode d'exécution.

Chaque artère divisée étant pincée immédiatement avec une grosse serre-fine pendant l'ablation, on enfonce, comme une lardoire, dans la peau d'une des lèvres de la plaie, à deux centimètres environ du bord, une aiguille d'emballeur un peu courbe, longue de 15 centimètres, grosse comme une forte aiguille à tricoter, et armée d'un fil en argent ou en fer étamé. Suivant perpendiculairement à la peau et profondément, de manière à embrasser une bonne épaisseur de tissus, on la conduit sous le plan-

cher même de la plaie et on la fait sortir de la même manière sur la lèvre opposée. La même opération est répétée de 2 en 2 centimètres de distance sur toute l'étendue de la plaie. Cela fait, les extrémités de chacun des fils sont rapprochées, serrées et nouées, de manière à obtenir un accollement exact des parties, et en retirant les serres-fines au fur et à mesure qu'elles se présentent.

L'auteur ne dit pas s'il procède du centre de la plaie à ses extrémités, comme c'est probable, ou autrement. L'affrontement superficiel est complété au besoin avec des épingles, et le tout est recouvert d'un plumasseau cératé et un bandage de corps.

On préviendrait ainsi toute hémorrhagie secondaire, et la réunion immédiate s'opérerait dans la généralité des cas. La cicatrisation, malgré son étendue, aurait lieu du quinzième au vingtième jour, c'est-à-dire avec une rapidité supérieure aux autres méthodes, et en donnant une cicatrice linéaire solide. (*Lyon méd.*, décembre, 1874.)

Ce procédé diffère notablement de celui de M. Azam, malgré les sutures profondes qui en font aussi la base (voy. Amputations, 1873). L'absence de drain ni d'aucun corps étranger entre les lèvres de la plaie le rapproche davantage des principes posés judicieusement par M. Trélat. Mais le fait de passer 8, 10, 15 fils à ligatures dans les lèvres de la plaie, de les lier méthodiquement, constitue un pansement des plus difficiles et souvent plus délicat que l'amputation même. C'est véritablement là le point essentiel. Les fils peuvent ainsi se rompre sous l'effort de la traction pour rapprocher une masse considérable de tissus. L'auteur en passe ainsi jusqu'à trois à la fois pour en avoir de rechange au besoin. Il suffit qu'ils soient serrés inégalement pour qu'un vide se forme et avec lui la suppuration.

D'ailleurs, il n'est pas rare que ces piqûres fournissent des gouttelettes de pus à l'extérieur, et il pourrait bien arriver, dans certains cas, qu'en suivant la loi de la pesanteur elles ne fusent à l'intérieur. La réunion a manqué dans deux cas et ce fait est à craindre quand l'affrontement n'est pas parfait, que les lèvres de la plaie, très-grasses, manquent de vitalité ou que la tension est trop forte. Ce n'est donc pas là un procédé à recommander, d'autant moins

que l'auteur se borne à énoncer les trente faits où il l'a employé.

RHUMATISME. *Tumeurs fibreuses multiples.* De même que Frerichs et Virchow ont signalé des proliférations multiples inflammatoires du tissu conjonctif dans le rhumatisme musculaire, le docteur P. Meynet a observé ces tumeurs dans les tissus fibreux à l'occasion d'un rhumatisme articulaire sub-aigu, chez un garçon de quatorze ans, admis à la Charité de Lyon le 29 septembre dernier. Grand, fort, solide, et sans hérédité, il a été pris, depuis qu'il habite un logement humide, de rhumatisme franchement aigu à sept ans, puis à douze avec endocardite qui a laissé des palpitations très-pénibles. Les deux poignets sont surtout gonflés avec hydropisie des synoviales des tendons fléchisseurs et extenseurs des doigts ; tuméfaction molle, fluctuante, sur le dos des mains, ainsi qu'à la face antérieure. Un chapelet de nodosités, grosses comme une lentille ou un pois, dures, indolores, mobiles, existe sur le trajet des tendons ; il en existe de même autour des articulations métacarpo-phalangiennes et phalangiennes des doigts. On en retrouve aussi sur le bord interne du cubitus ; l'épicondyle et l'épitrochlée sont déformées par la présence de nodosités semblables, ainsi que les genoux, où elles ont le volume de petites noisettes ; les articulations tibio-tarsiennes et les tendons des extenseurs des orteils sont également le siége de ces tumeurs ; il y en a le long de la colonne vertébrale, et la surface du crâne en présente en très-grand nombre.

La mobilité est le caractère spécial de ces nodosités toutes adhérentes aux tendons, au périoste ou d'autres tissus fibreux. Elles paraissent et s'effacent rapidement, mais en persistant à la disparition du gonflement et aux douleurs articulaires. L'absence de syphilis, ni originelle, ni acquise, ne permet de les rapporter qu'au rhumatisme. Mais il est évident que c'est là une très-rare exception. (*Soc. des sc. médicales* et *Lyon méd.*, n° 49.)

Bains chauds. Beneke cite 146 observations avec des complications cardiaques démontrant clairement l'influence de bains pris de 88 à 93 degrés Far. additionnés de 2 à 3

pour 100 de sel et d'un peu d'acide carbonique. La modération de l'activité cardiaque en est le premier effet. Exemple : chez un homme de quarante-six ans atteint pour la quatrième fois avec insuffisance mitrale, cyanose et dyspnée, toux fréquente et expectoration, urine albumineuse et pouls très-irrégulier, le pouls devint plus lent et régulier après une immersion de dix minutes dans un bain à 90,5. 25 furent ainsi pris pendant neuf jours, et le malade quitta l'hôpital en bonne santé, sauf l'albuminurie persistante.

Dans un seul cas, une accélération du pouls est résulté de ces bains chez un jeune homme atteint d'une double lésion mitrale. (*Berl. Klin. Wochensk.*)

Rhumatisme cérébral. *Guérison par les bains froids.* Le succès merveilleux obtenu l'an passé par M. Raynaud a incité d'autres praticiens à y recourir dans des cas analogues. M. Blachez y a recouru chez une dame de trente ans, prise d'un rhumatisme articulaire aigu avec douleurs très-vives, sueurs abondantes et réaction fébrile à 100. Ayant présenté, le cinquième jour, de l'agitation, du délire croissant suivi de coma, simultanément avec la disparition des douleurs et du gonflement articulaire, cette dame offrait une température axillaire de 41°,6 et la mort parût imminente. Un premier bain à 23 degrés, abaissé rapidement à 20 degrés avec la glace, est donné, et le pouls de 156 tombe à 96, la température à 38 degrés. Il est ensuite renouvelé toutes les fois que la température axillaire dépasse 38°,5. 12 bains sont ainsi donnés, du 21 au 24 janvier, dont 5 le premier jour, 3 le second, et 2 les jours suivants. La température resta à 37°,4 après le dernier.

La différence de l'effet de ces bains qui fut de ramener immédiatement la connaissance chez le malade de M. Raynaud, c'est qu'elle ne revint pas du tout dans celui-ci. Ce n'est qu'au onzième bain que la malade commença à donner quelques signes d'intelligence. Malgré l'abaissement de la température à chaque bain, la perte de connaissance continuait avec coma, contracture et soubresauts des tendons. La vie se maintenait seule pour soutenir le médecin dans l'emploi de ce moyen énergique.

Un autre effet à signaler, c'est que le second et le troi-

sième bain ayant été donnés d'emblée de 16 à 17 degrés, sans refroidissement consécutif, les accidents d'horripilation, de tremblement, parurent augmenter les symptômes nerveux et déterminer au quatrième de véritables convulsions tétaniques qui obligèrent d'en sortir la malade immédiatement, dans un état d'asphyxie apparente. De là la reprise des bains à 23 degrés et même plus, abaissés ensuite graduellement à 20 ou 21 degrés avec cinq à six seaux d'eau froide. L'abaissement de la température à 38 degrés était l'indication de remettre la malade au lit, où elle était rapidement essuyée et très-peu couverte.

Que ce soit là une méningite, bien que les malades n'en présentent pas ordinairement les signes, ou une simple métastase rhumatismale, beaucoup plus rationnelle, toujours est-il que ces bains ont une action manifeste, évidente, sur le mal. On le voit diminuer de bain en bain, le pouls et surtout la température s'abaissent, et c'est ainsi que la guérison a été obtenue dans ce cas, grâce à leur action.

Si les saignées copieuses, faites dans l'observation de M. Raynaud, ont pu paraître un adjuvant utile, on ne saurait persister dans cette opinion. Elles ont été presque nulles dans ce second cas, et la guérison n'en a pas moins été complète. C'est le bromure de potassium, donné jusqu'à la dose de 10 grammes par jour, qui en a tenu lieu. La médication réfrigérante pourra donc être employée à l'avenir. (*Soc. méd. des hôpitaux* et *Gaz. hebd.*, nos 7 et 8.)

Un troisième succès a été obtenu par M. le docteur Féréol dans des conditions et avec des effets un peu différents. Il s'agissait d'un ouvrier brocheur de trente-quatre ans, très-rangé et laborieux, sans alcoolisme, atteint de rhumatisme articulaire aigu, le 14 février, plutôt à la suite de fatigue que de refroidissement. Traité par les moyens classiques, ce malade est pris, le sixième jour, de délire avec agitation et dyspnée, en même temps que les douleurs articulaires s'évanouissent. Purgé et sinapisé violemment, il continue à délirer sans réapparition des douleurs. L'ataxie augmente avec la température qui s'élève à 40 degrés. Huit sangsues aux apophyses mastoïdes appliquées une à une, le calomel à dose fractionnée et le bromure de potassium n'empêchant pas la température de s'élever à 41 degrés, on applique deux vésicatoires sur la tête. L'agitation augmente néanmoins,

le délire est continu avec insomnie, agitation des muscles, soubresauts des tendons.

C'était le 25 février au soir, c'est-à-dire cinq jours après le début des accidents cérébraux. On décide alors l'usage des bains froids. Le premier est donné immédiatement et renouvelé quinze fois, jusqu'au 3 mars, à une température variant de 21 à 25 degrés C., le plus souvent à 22. Après dix à quinze minutes d'immersion, le frisson se déclarait et obligeait de retirer le malade après vingt minutes, c'est-à-dire alors que la figure exprime un état d'angoisse et de véritable souffrance. Invariablement, la température axillaire était descendue à 36 degrés à la sortie, tandis que celle du bain s'était élevée de 1 à 2 degrés. Il y avait échange.

Couché et essuyé, le malade continuait à frissonner pendant une heure à une heure et demie, c'est-à-dire jusqu'à ce que la température fut relevée à 37 degrés. Dès qu'elle s'élevait à 39 degrés, le malade était remis dans le bain. On comprend dès lors que cette médication exige des aides intelligents, robustes et fermes, pour être exécutée ponctuellement. Deux externes du service de M. Féréol avaient été installés près du malade et se remplaçaient à tour de rôle le jour et la nuit. Si intelligents et dévoués que l'on suppose les parents, les gardes, il serait dangereux de leur confier une pareille tâche. On ne peut donc l'employer qu'avec toutes les garanties possibles de compétence et de sécurité. Autrement, elle pourrait devenir aussi dangereuse et funeste qu'elle s'est montrée efficace lorsqu'elle est appliquée convenablement.

Elle n'a cependant pas produit les effets rapides, évidents, signalés dans l'observation de M. Raynaud. Le délire continua avec insomnie persistante malgré les premiers bains, dans le bain même parfois et pendant le frisson. S'il cessait alors, c'était pour reparaître avec les sueurs consécutives dès que la température atteignait 38 degrés. Mais il devint de moins en moins violent, et, sauf quelques exceptions, il était réduit à une sorte d'aliénation mentale tranquille avec bavardage et hallucinations. La connaissance ne revint pas plus dans ce cas que dans celui de M. Blachez. S'il est vrai de dire avec M. Raynaud, que les bains froids réduisent ces malades à l'état d'aliénés en suppri-

mant les accidents circulatoires et respiratoires qui font le danger immédiat, on ne peut dire qu'il en soit de même des troubles musculaires, car, chez celui-ci en particulier, les contractions fibrillaires, les soubresauts des tendons ont persisté, et une sorte de raideur tétanique de tout le corps s'est même manifestée sous l'influence des bains froids. Il y eut aussi un peu d'opisthotonos après le troisième.

On peut objecter que ces accidents nerveux ont été produits par le froid auquel ce malade s'est montré beaucoup plus sensible que les deux autres. Dix minutes après son immersion, il commençait à frissonner. Le quatrième bain, donné à 24 degrés et refroidi à 23 degrés après cinq minutes, selon la méthode de M. Blachez, provoqua un frisson plus intense et le troisième donné à 21 et refroidi à 20 produisirent un aspect pitoyable. Une différence individuelle est donc bien sensible. Et c'est pour combattre ce frisson intense et la carphologie que la potion de Todd et le bromure de potassium ont été donnés dans l'intervalle de ces bains, ainsi que de l'alimentation : potages, vin, huitres. Leur effet n'a pu être ainsi mathématiquement déterminé.

Quoi qu'il en soit, un peu de sommeil est revenu à partir du sixième bain, le 27 février. Une lueur de connaissance apparaît le lendemain. De temps à autre, le malade répond juste aux questions, il paraît s'intéresser à ce qui se passe autour de lui et reconnaît les personnes qui le soignent. L'ascension thermométrique est de plus en plus lente, et, au lieu de sept à huit heures d'intervalle des premiers bains, il s'en passe douze à quinze avant qu'ils soient nécessaires pour l'abaisser de nouveau. Mais ce n'est que le 2 mars et au douzième bain que le délire cesse définitivement et qu'avec une bonne digestion des aliments solides et un sommeil soutenu, la partie est considérée comme gagnée.

Cependant l'élévation de la température à 38°,7 avec 98 pulsations font continuer l'usage des bains pour la ramener au chiffre normal de 37 degrés. Mais bientôt le malade accuse du mal de gorge, le sommeil est interrompu de toux, il y a de l'agitation, du frisson, et tous ces accidents augmentant avec dyspnée, du 3 au 4 mars, du souffle bronchique et quelques râles muqueux s'entendant

à droite, ces bains sont définitivement abandonnés. On constata un léger épanchement pleurétique. Les douleurs articulaires reparurent. Heureusement tous ces nouveaux accidents que l'on pouvait attribuer à la continuation des bains froids, alors que le malade y était devenu plus impressionnable, se calmèrent rapidement, et, le 12 mars, une convalescence franche se manifestait, suivie bientôt de la guérison.

De là le danger, pour M. Féréol, de persister dans l'usage de ces bains tant que la température reste au-dessus de 37 degrés, comme on en a fait la loi. Il est plus sage de les cesser dès que le délire disparaît et que le sommeil revient, quatre ou cinq bains auraient pu être épargnés dans ce cas, et peut-être le malade ne s'en serait que mieux trouvé en échappant aux lésions thoraciques qui eussent pu entraîner la mort, si le cœur ne fut toujours resté indemne.

On ne doit pas davantage appliquer indifféremment cette méthode de réfrigération aux diverses manifestations délirantes qui surviennent dans le cours du rhumatisme articulaire aigu. Il est difficile d'admettre qu'elle ait une action efficace contre la forme apoplectique et méningitique. Elle est donc spécialement applicable dans le délire simple, suivant M. Dujardin-Beaumetz, sans altération manifeste du cerveau ni de ses enveloppes, appelée *névrose rhumatismale* par Trousseau, *maladie rhumatoïde à forme nerveuse* par Wunderlich et *rhumatisme hyperpyrétique* par les Anglais. C'est, en effet, par l'élévation considérable de la température que cette forme se distingue et c'est spécialement à cette hyperthermie dominante que cette médication s'adresse. On peut même admettre que la fièvre, le délire et la mort qui surviennent ensuite en sont la conséquence. Sans doute cette hyperthermie est elle-même produite par une cause générale, mais que ce soit une intoxication urémique, comme le pensait Aran, ou toute autre, dans l'ignorance où l'on est à cet égard, il n'y a qu'à combattre l'effet saillant qu'elle produit, c'est-à-dire l'hyperthermie.

Lors donc qu'elle se manifeste dans le cours du rhumatisme articulaire aigu, coïncidemment avec la disparition subite des phénomènes fluxionnaires et congestifs des arti-

culations, sans complication appréciable d'aucun organe, il faut la combattre par la réfrigération : soit en recourant au drap mouillé, glacé, comme les Anglais, soit aux bains froids. La disparition du délire et de la fièvre en sera la conséquence dès qu'ils en sont l'effet. Sans doute le froid ne détruit pas la cause première, mais, à défaut de pouvoir l'atteindre, il est au moins rationnel de s'attaquer à son effet le plus saillant. (*Soc. méd. des hôp.*, mars, et *Union méd.*, nos 31, 32 et 33.)

Un quatrième cas bien plus concluant a été observé à l'Hôtel-Dieu de Lyon par M. Colrat sur un homme de trente-quatre ans atteint d'un rhumatisme articulaire aigu des membres inférieurs surtout. De 38°,2, à l'entrée, la température s'élève graduellement, du 16 au 25 avril, à 39°,5. Le délire survient dans la nuit, sans que les articulations des genoux soient plus libres, et la température s'élève à 41°, le 27. Elle oscille entre 40 et 41°,5 les jours suivants et s'élève à 41°,7 le 30 avec le pouls à 128. Demi-coma, carphologie, langue sèche, rien au cœur, poignets très-tuméfiés.

C'est dans cet état que le premier bain est donné à 20°, pendant cinq minutes seulement. La température a baissé de 1°,3 à la sortie. Six autres bains de même durée sont successivement donnés, de deux en deux heures environ, lorsque la température n'est plus que de 38°,5 au dernier. Le délire persiste, mais tranquille. Il cesse dès le surlendemain, l'appétit reparaît, les jointures sont libres et, à partir du 4 mai, l'état va s'améliorant; guérison complète et sortie le 14. (*Lyon méd.*, n° 39.)

Ce nouveau succès ajoute une nouvelle valeur à la statistique dressée par M. du Castel qui, sur 38 cas de rhumatismes cérébraux, en montre 19 traités sans les bains froids. Les 19 malades moururent. Dans les 14 cas où l'on eut recours aux bains froids ou aux ablutions glacées, il y eut 10 guérisons et 4 morts; encore chez 2 de ceux-ci le traitement avait-il été incomplet. (*Des températures élevées dans les maladies*, thèse d'agrégation ; Paris, 1875.)

C'est en effet contre l'*hyperpyrexie* seule que les médecins anglais appliquent la réfrigération dans le rhumatisme, dont l'initiative est attribuée au docteur Wilson Fox. Mais il convient de rappeler que, dès 1857, M. Stackler, médecin

à Mulhouse, écrivait à la Société médicale des hôpitaux de Paris que le traitement était sans influence sur l'apparition des symptômes cérébraux et que *six affusions froides* avaient amené la guérison d'un rhumatisme articulaire avec accidents cérébraux. En concluant dans le même sens, l'année suivante, Thirial recommandait aussi les affusions fraîches, selon la méthode de Récamier. Les médecins anglais n'ont donc pas eu le monopole de cette médication.

L'observation suivante en est rapportée par le docteur S. Lockie, médecin de l'infirmerie Cumberland à Carlisle. Une femme de trente-sept ans, étant au neuvième jour d'un rhumatisme articulaire des genoux, sans rougeur ni gonflement, avec fièvre modérée, et qui s'étendit aux coudes et aux poignets avec rougeur et gonflement, transpiration abondante, fut prise de délire avec température de 102 à 103 Fahr., qui s'éleva graduellement à 104, 105 et jusqu'à 106. Logée dans une petite chambre en ville, elle fut transportée à l'infirmerie où la température s'éleva à 106°,8. Le pouls était à 114. De l'eau avec des morceaux de glace fut placée à côté du lit et une toile cirée ayant été mise sous la malade, celle-ci fut enveloppée dans des draps trempés dans l'eau glacée. Ils étaient renouvelés aussitôt qu'ils devenaient chauds. Une cuillerée d'eau-de-vie était administrée tous les quarts d'heure. La malade ne se plaignit du froid qu'à la fin, malgré le frisson qu'elle manifestait à chaque renouvellement des draps. Après cinquante minutes de durée, la température n'était plus qu'à 99°,6. Elle fut alors transportée dans un autre lit où, après quelques claquements de dents, elle s'endormit bientôt. La température ne s'étant plus élevée au-dessus de 100 à 102, la réfrigération ne fut pas renouvelée et, malgré les complications ultérieures et la persistance du délire, la malade guérit. (*Lancet*, 13 février.)

Du reste, il n'y a pas que des succès par la méthode des bains froids. Employée par MM. Martineau et Hillairet chez un malade présentant une température de 41°, elle était descendue à 37° après le premier bain pour remonter à son summum une heure après. La mort ne tarda pas à arriver. (*Soc. méd. des hôp.*, avril.)

Le succès obtenu de cette médication inaugurée si heureusement par M. M. Raynaud, lui a fait tenter dans un cas

de rhumatisme articulaire aigu, chez un cordonnier vigoureux de vingt-quatre ans. Après avoir habité une chambre humide et mal aérée, il éprouva des douleurs vagues qui se localisèrent sur les articulations et à son entrée à l'hôpital Lariboisière, le 11 mars, les genoux, les poignets, les coudes, les épaules étaient gonflés, rouges et douloureux à la moindre pression. Ainsi perclus de tous ses membres, le malade consentit à être mis dans un bain froid. Il y fut immergé dès le lendemain, à deux reprises, à six heures d'intervalle. Le soulagement fut tel, qu'il en prit trois le lendemain et trois le surlendemain ; en tout huit bains, après lesquels toute douleur avait disparu, le malade remuait et marchait. Aucun accident ne s'observa ni complication viscérale ultérieure.

Ces bains étaient donnés à 22° et le malade y restait vingt minutes. Dès le premier, la température de 39°,4 tomba à 37°.3, pour se relever ensuite ; mais elle reste abaissée d'un degré après le second, et suit à tous les autres une marche régulièrement descendante, en même temps que les douleurs et les épanchements articulaires disparaissaient. C'est donc là un beau succès qui permet de renouveler cette tentative. (*Soc. méd. des hôp.*, avril, et *Union méd.*, n° 46.)

Les bains tièdes seraient le meilleur moyen de diminuer la chaleur, sans les dangers du bain froid, suivant J. Andrew, parceque l'hyperpyrexie est l'effet d'une lésion nerveuse et non sa cause. Il en trouve la preuve, d'après cinq observations, en ce que les symptômes nerveux ont précédé l'hyperpyrexie qui est soudaine comme l'hémorrhagie, le ramollissement, la méningite et les tumeurs intra-crâniennes.

L'insuffisance de l'élimination d'une matière morbifique par la peau serait la cause déterminante de l'hyperpyrexie. D'où les bons effets des bains tièdes facilitant son expulsion. Ce n'est donc là qu'une vue théorique, une supposition. (*St Bartholomew's hospital reports*, vol. X.)

Chloral. Fondé sur l'anatomie pathologique et la microscopie, M. Bouchut admet que le rhumatisme cérébral est une des formes de la méningite. Une infiltration séreuse de la papille et de la rétine avoisinante, avec dilatation des vei-

nes rétiniennes à l'ophthalmoscope, et coïncidant après la mort avec une stase veineuse considérable des méninges et infiltration opaline de la pie-mère, causée par de nombreux leucocytes, en sont les preuves, ainsi que le délire plus ou moins violent qui annonce le début de cette grave complication, le coma et parfois l'asphyxie qui la terminent. 3 à 6 grammes d'hydrate de chloral, administrés par la bouche en une ou deux fois, coup sur coup, de manière à obtenir un apaisement immédiat de l'agitation, ont été suivis de succès dans trois cas (*Acad. des sciences*, mai). Ne peut-on pas se demander si c'était bien là le début d'une véritable méningite rhumatismale ? Il est vrai qu'un succès analogue avait été relaté antérieurement à la Société de biologie par M. Raymond. Il s'agissait d'un malade du service de M. Vulpian qui, dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, fut pris d'accidents cérébraux graves : agitation, délire, etc. L'opium à haute dose ne calmant pas les accidents, 3 grammes de chloral furent administrés et répétés, à deux ou trois reprises, dans les vingt-quatre heures. Une amélioration sensible s'ensuivit immédiatement et, quatre jours après, tous les symptômes cérébraux avaient disparu (*Gaz. hebdomad.*, n° 24.) Ces quatre faits méritent donc considération, car cette médication n'a ni les difficultés ni les dangers des bains froids.

Cyanure de zinc. Employé avec succès contre les accidents cérébraux goutteux à la dose de 10 centigrammes, ce médicament est aussi un anti-arthritique parfait et unique, selon M. Luton. C'est une poudre blanche, sans odeur ni saveur, insoluble dans l'eau, facile à prendre en pilules et même en suspension dans une potion gommeuse à la dose de 5 à 20 centigrammes par jour, avec addition d'eau de laurier-cerise. Le cyanure de potassium est plus actif, mais son altérabilité et sa saveur désagréable l'ont fait rejeter.

La décomposition rapide du cyanure de zinc dans l'organisme et l'élimination de l'acide cyanhydrique par le poumon permettent de réitérer la dose thérapeutique sans danger d'un emmagasinement et d'une accumulation d'action comme pour tant d'autres médicaments actifs, l'arsenic, la digitale, la strychnine. A doses bien réfractées, il peut ainsi être absorbé en quantité relativement considérable. L'appa-

rition des vertiges, céphalalgie frontale, nausées, coliques, diarrhée, indique l'intolérance et la limite physiologique.

Il diminue rapidement la douleur, la rougeur et le gonflement articulaire ; calme et diminue les battements du cœur, abaisse la température, rend les urines jumenteuses, et n'amène que très-exceptionnellement la diarrhée. Il abrége ainsi la durée du rhumatisme et diminue les risques de complications. (*Bull. de thérap.*, n° 1.)

Selon M. Ferrand, c'est contre les manifestations rhumatismales, superficielles et mobiles, peu plastiques, fluxionnaires et névrosiques, d'une permanence subaiguë, avec exacerbations affectant les petites jointures en particulier, comme le rhumatisme goutteux, et qui ne laissent que peu de traces, que convient surtout cette médication. L'ayant employée chez un homme de quarante-cinq ans dont les douleurs résistaient depuis huit à neuf mois aux divers moyens internes et externes préconisés contre le rhumatisme, il en constata immédiatement une amélioration sensible. (*Union méd.*, n° 44.)

Que ce soit par les qualités sédatives de l'acide cyanhydrique, mis en liberté par la décomposition de ce cyanure au contact des acides gastriques, ou autrement, toujours est-il que ce succès, s'il se renouvelait entre d'autres mains, donnerait une grande valeur à ce médicament peu connu et inusité. Ce n'est pourtant qu'une modification du traitement externe du rhumatisme par les cyanures, employé dès 1832 par Gendron (de Vendôme) et oublié depuis.

RUPTURES. Rupture des valvules aortiques. *Nouveau signe clinique.* Ce serait un bruit musical intense, un bourdonnement rhythmique continus perceptibles à distance et à l'auscultation, dans les diverses parties du corps. Tels sont du moins les phénomènes observés par le docteur Burney Yeo à l'hôpital de King's College de Londres sur deux hommes de quarante-cinq ans, forts, bien musclés et jouissant de toutes les apparences de la santé. Le premier avait perçu pour la première fois en se mettant au lit un bruit intense, une sorte de chant dans sa poitrine que l'on entendait en s'approchant de lui à la distance d'un mètre. Quelques jours auparavant, il avait glissé rapidement par

un faux pas, de toute la hauteur d'un étage en se tenant tout le temps à la rampe, et était venu tomber rudement sur le dos au bas des marches.

A l'auscultation, un bruit intense s'entend dans toute l'étendue de la région précordiale. Il précède distinctement le choc à la pointe du cœur et devient plus fort vers la base, sa plus grande intensité existe au niveau du second cartilage gauche où il est manifestement diastolique. Ce bruit est d'ailleurs entendu dans toute la poitrine sur le trajet des gros vaisseaux, sur la tête et les extrémités, même à distance.

Le choc de la pointe du cœur à 5 centimètres en dessous du mamelon et à 4 centimètres en dehors, avec frémissement à la pointe, indiquent une hypertrophie cardiaque. Il y a de même des signes d'emphysème pulmonaire avec toux légère, pouls à 80, déprimé, sans albumine dans les urines.

Dans le second cas, une douleur aiguë dans la région du cœur s'était fait sentir subitement, en soulevant de lourds fardeaux. Tout en continuant son travail, cet ouvrier avait remarqué qu'il se produisait un bourdonnement dans sa poitrine et, vaincu par la douleur, avait été forcé d'entrer à l'hôpital quatre ou cinq jours après. Une pulsation diffuse tumultueuse s'observait dans le sixième espace intercostal au-dessous du mamelon gauche; elle se répétait à l'épigastre sur le trajet des carotides, des brachiales, des radiales et des cubitales. Un frémissement particulier très-distinct était perçu dans toute la région précordiale et même au delà. On entendait clairement un bourdonnement rhythmique sans appliquer l'oreille sur la poitrine et jusqu'à 20 à 25 centimètres de distance. Sa plus grande intensité existait avec le stéthoscope, dans le deuxième espace intercostal, à 4 centimètres environ à gauche de la ligne médiane. Il s'entendait aussi dans toute l'étendue du thorax en avant et en arrière, sur l'abdomen, la tête et les bras. Ce bruit était diastolique, mais un murmure systolique était aussi entendu à la base du cœur et en arrière de la poitrine, du côté droit. L'hypertrophie cardiaque était manifeste par une matité de 11 centimètres en hauteur et 14 en travers. Le murmure respiratoire était normal, il n'y avait ni œdème des pieds ni albumine dans l'urine. Un

peu de dyspnée passagère fut la seule complication. La diminution du bruit, après trente jours de repos, permit à cet homme de sortir de l'hôpital.

La production subite de ce bruit intense, après un violent effort musculaire, à l'orifice aortique, avec ce caractère sonore, musical, ne peut s'expliquer, d'après M. Burney Yeo, que par la vibration rapide et régulière d'une valvule, dans le courant sanguin, et c'est ainsi qu'il le regarde comme le signe d'une rupture des valvules aortiques. Mais ce n'est là, en l'absence de la nécroscopie, qu'une présomption, et, malgré plusieurs cas de rupture collectés dans les auteurs à l'appui de cette opinion, il n'en est pas moins remarquable qu'il n'y a eu ni syncope, ni dyspnée intense; la douleur locale n'a même été éprouvée que dans le second cas. Ces deux observations seraient donc exceptionnelles de la rupture valvulaire et ne doivent être considérées que comme des jalons cliniques pour l'observation ultérieure. (*Lancet*, décembre 1874, et *Union méd.*, n°s 12 et 13.)

Rupture de l'urèthre. — Voy. CONTUSION DU PÉRINÉE.

Rupture de l'ombilic. — Voy. PÉRITONITE.

S

SANG. *Sa formation dans le foie.* Reconnaissant pour signe de cette fonction la présence de globules en voie de formation, Neumann abandonne son idée que la rate en est le siége car, excepté chez le cochon, cet organe n'est pas plus riche que les autres en globules en voie de formation. C'est le contraire dans la moelle osseuse où ils se trouvent en grand nombre et surtout dans le foie où plusieurs expérimentateurs les ont signalés. Il résulte, de ses expériences sur le foie de vingt fœtus, que cet organe contient beaucoup de globules rouges à noyau, au-dessus de toute proportion avec ceux contenus dans les autres organes. Toutes les origines de la veine-porte et même de la veine ombilicale sont moins riches que le foie en globules de ce genre. Il faut

donc qu'ils soient formés dans le foie ou qu'ils s'y soient accumulés après avoir été formés ailleurs. Les cellules hépatiques semblent indiquer la formation de ces globules sur place.

Conformément à la démonstration de Klein que le sang et les capillaires se forment simultanément sur place dans l'œuf de poule, Neumann a vu aussi se former constamment dans le foie, pendant la vie intra-utérine, des capillaires sanguins destinés à compléter les réseaux et une hématogenèse se produire en rapport avec cette néoformation. (*Archiv der Heilk.*, 1874.)

Pression sanguine. — Voy. ARSENIC.

Température. Pour trancher la question contradictoirement résolue de la chaleur comparative des deux sangs, M. Cl. Bernard a institué l'expérience suivante : Sur un chien, l'artère et la veine crurales étant découvertes dans la région inguinale, on introduit dans chaque vaisseau une bougie munie de l'aiguille thermo-électrique, et l'on trouve toujours que la température de l'artère est plus élevée que celle de la veine ; mais, si l'on pousse plus loin dans l'artère, la température reste constante dans tous les points de l'aorte jusqu'au niveau du ventricule gauche. Au contraire, à mesure que la sonde est enfoncée dans la veine, la température s'élève peu à peu. Au niveau de l'embouchure des veines rénales, la température est la même dans l'aorte et dans la veine cave inférieure. Enfin, au-dessus du diaphragme, la température du sang de la veine est plus élevée que celle du sang de l'aorte. C'est au point où les veines sus-hépatiques viennent se jeter dans la veine cave inférieure qu'est le maximum de chaleur de tout le corps. En poussant l'aiguille plus loin, on observe une diminution légère, sans que pourtant la température de la veine descende au niveau de la température artérielle. Si l'on dépasse le cœur et qu'on pénètre dans la veine cave supérieure, le sang veineux devient plus froid que le sang artériel. C'est donc depuis l'embouchure des veines rénales jusqu'à l'origine de la veine cave supérieure que le sang veineux est plus chaud que le sang artériel, et la différence maximum est au point précis où les veines sus-hépatiques

s'abouchent dans la veine cave inférieure. A l'état physiologique, cette différence est seulement de deux à cinq dixièmes de degré.

Ces résultats s'accordent facilement avec la doctrine régnante qui place dans le système capillaire la production de la chaleur animale ; si le sang des veines périphériques est plus froid que le sang artériel, c'est la déperdition de calorique qui en diminue la température. On trouve au contraire l'excès de température, que la théorie devait faire admettre, dans le sang des veines sus-hépatiques, qui n'a point subi cette perte de chaleur. Si, pendant cette expérience l'animal s'agite, la température, du sang veineux augmente. Lorsque l'animal est pris de fièvre, la différence de température entre les deux sangs peut s'élever à un degré. (*Assoc. franç. pour l'avancement des sciences*, 1875.)

Numération des globules. Perfectionnant les instruments et les procédés suivis à ce sujet par Vierordt, Welcher, Mantegazza, Cramer, Potain et Malassez, MM. Hayem et Nachet se servent d'une cellule formée par une lamelle de verre mince, perforée à son centre et collée sur une lame de verre porte-objet parfaitement plane. La lamelle de verre perforée a été rodée avec de l'émeri fin sur un plan métallique, de façon à n'offrir qu'une épaisseur déterminée. On a ainsi une cavité dont la profondeur est mathématiquement connue. En déposant au centre de cette cellule une goutte du mélange sanguin immédiatement recouverte d'une lamelle de verre très-plane, on obtient une lame de liquide à surfaces parallèles et dont l'épaisseur est connue. La hauteur de la cellule étant déterminée, il est alors facile, à l'aide d'un oculaire quadrillé, de faire la numération des globules. C'est plus simple, plus exact et moins long.

Pour faire le mélange du sang, M. Hayem préfère les sérosités naturelles ou pathologiques du pneumothorax ou de l'ascite à tous les sérums artificiels, iodés ou autres. Une piqûre de lancette à la pulpe du doigt lui paraît aussi préférable à une simple piqûre d'aiguille après une compression faite au-dessous pour avoir une goutte ou deux de sang normal. C'est ainsi qu'à l'état sain, on constate cinq millions de globules rouges par millimètre cube de sang.

tandis que les numérations précédentes étaient généralement au-dessous.

Pour montrer l'importance clinique de ce procédé, M. Hayem cite le cas d'une fille de vingt-deux ans, entrée à la Charité, le 8 mars, avec tout l'appareil symptomatique d'une chloro-anémie type. Le 10 mars, le chiffre de ses globules était de 3 140 000 par millimètre cube. Un très-grand nombre étaient plus petits qu'à l'état normal, de même que dans d'autres cas d'anémie simple. En prenant deux dragées de protochlorure de fer par jour, on a trouvé 3 208 750 globules le 12, et, le 19, 3 593 750, soit une augmentation de 500 000 en neuf jours. C'est la démonstration mathématique de la production des globules rouges par le fer. (*Gaz. hebd.*, n° 19.)

Coagulation. Les causes de ce phénomène se multiplient suivant les expérimentateurs. L'acide carbonique, le froid, invoqués en 1874, sont infirmés en 1875. M. A. Gautier ayant constaté que le sel marin empêche la coagulation du sang, en a recueilli le plasma sur un filtre salé. Après avoir desséché et pulvérisé ce produit, il en a obtenu de la fibrine, trois semaines après, avec toutes ses propriétés et se coagulant spontanément après avoir été étendue d'eau. Ce n'est donc, conclut-il, ni un phénomène vital, ni un résultat de la mort, mais une propriété inhérente à la fibrine et indépendante de tout élément organisé. (*Acad. des sc.*, mai.)

Il faut toutefois remarquer que cette expérience ne réussit pas à une température au dessus de 10°, à moins que le sang ne soit saturé de sel marin. Du sang pris à l'abattoir et ne renfermant que 5 pour 100 de chlorure de sodium était complétement coagulé en moins d'un quart d'heure par une température estivale de 25 à 30 degrés. Il n'était coagulé qu'en partie avec 10 et 20 pour 100 de sel et restait fluide lorsqu'il en était saturé complétement. Un courant d'acide carbonique en le traversant ne déterminait aucun coagulum.

L'explication de ce fait, pour MM. Mathieu et Urbain, est dans la faible solubilité du gaz acide carbonique dans une solution de chlorure de sodium. Des expériences leur ont montré que cette solubilité diminue proportionnellement

à la concentration saline. Or, l'abaissement de la température suffisant à empêcher la coagulation, on s'explique qu'elle n'ait pas lieu en ajoutant du chlorure de sodium et que l'action coagulante réelle de l'acide carbonique manque ainsi son effet. (*Journ. de pharm. et de chimie*, octobre.)

Des injections de 6 à 20 grammes de vinaigre et divers autres acides, sulfurique, phosphorique, nitrique, chlorhydrique et même de 15 à 20 grammes d'alcool, étendus dans plus ou moins d'eau, poussées dans les veines chez les chiens, par M. Oré, n'ont pas davantage amené la coagulation du sang. Ces animaux, sacrifiés quelques jours après, ne présentaient aucune lésion. L'action coagulante de ces agents sur l'albumine du sang à l'air libre cesse donc d'exister dans l'intérieur des vaisseaux. D'où l'auteur a conclu que des substances insolubles dans l'eau et rendues solubles par l'alcool et les acides pourront être désormais injectées dans les vaisseaux sans crainte de coaguler le sang. Mais, comme l'a remarqué M. Dumas, ces expériences manquent de précision, car, pour l'acide phosphorique en particulier, il est coagulant lorsqu'il est monohydraté, tandis qu'il dissout l'albumine à l'état bi- ou trihydraté qu'il prend facilement à l'air libre. Or, comme il n'est pas établi à quel état il a été employé, ou plutôt que c'est probablement très-hydraté, il n'y a rien à conclure de ce fait. (*Acad. des sc.*, novembre.)

Il n'y a rien à conclure davantage, selon M. Personne, de l'injection du vinaigre qui ne représente que 7 à 8 pour 100 d'acide acétique monohydraté, soit 1^{gr},20 pour les 20 grammes de vinaigre employés dans une grande quantité d'eau. L'acide acétique ne coagule pas plus l'albumine que l'acide phosphorique.

Quant aux acides minéraux et à l'alcool injectés très-dilués, ils ne coagulent l'albumine qu'en s'emparant de l'alcali du sang. Or le cycle de la circulation s'accomplissant durant le temps de l'injection, la quantité d'acide est trop faible pour enlever l'alcalinité à cette masse de sang. De là les accidents passagers, instantanés, accusés par les animaux qui ont reçu ces acides.

Ces expériences ne signifient donc rien. Et comme, en ajoutant un acide pour solubiliser un corps quelconque, il

en résulterait infailliblement un autre corps, cette ressource n'est pas à employer pour les injections intra-veineuses. (*Gaz. hebdom.*, n° 48.) — Voy. Alcalins, Caillots.

Contribution à l'étude des causes de la coagulation du sang à son issue de l'organisme; application à la transfusion, par le docteur Frantz Glénard ; brochure in-8° de 86 pages, Paris.

Malgré la déconvenue qu'il a subie dans sa récente tentative d'introduction des bains froids contre la fièvre typhoïde et ses prétentions absolues à leur infaillibilité (voy. *année* 1874), le jeune et trop confiant admirateur enthousiaste lyonnais des pratiques allemandes ne persiste pas moins à en suivre les errements. Après avoir si complétement échoué dans ses revendications en leur faveur, il n'en continue pas moins leur tradition, en tentant de justifier leurs théories sur la transfusion. Reprenant les expériences de Scudamore et de Brücke, il a montré, par de nombreuses vivisections exécutées sur plus de cinquante grands mammifères, tant à l'école vétérinaire de Lyon qu'aux abattoirs, que la coagulation du sang est causée par le contact d'un corps étranger. Il se coagule ainsi des parois au centre quand il est reçu dans la palette ou dans une éprouvette. Il a constaté qu'il se coagule de même autour d'une aiguille ou de l'extrémité de tout autre instrument piquant introduit dans un segment de vaisseau contenant du sang fluide.

Au contraire, il reste fluide dans ce segment artériel ou veineux saisi entre deux ligatures, puis reséqué et exposé à l'air libre. Quelle que soit la capacité du segment, ce sang ainsi conservé est révivifiant tant qu'il est fluide. Du sang de bœuf a pu être appliqué avec succès, sept heures après son issue de l'organisme, à une transfusion, chez un chien saigné à blanc.

Autrement, il se dessèche par exosmose après un temps variable, sans s'être coagulé spontanément. La paroi de ce segment de vaisseau peut même être tuée, détruite, en la plongeant dans le gaz acide sulfhydrique, l'oxygène, l'acide carbonique, sans que la coagulation ait lieu. Une forte ligature pratiquée sur le milieu de ce segment peut même rompre la paroi interne du vaisseau, sans que le sang se

coagule davantage. De là l'infirmation éclatante des théories sur le rôle vital de cette paroi interne pour le maintenir fluide, aussi bien que l'intervention d'un ferment de l'air ou de l'action de l'acide carbonique pour le coaguler.

Le défaut d'évaporation ou d'exosmose du sang détermine sa coagulation comme les corps étrangers. Un segment rempli de sang fluide, plongé dans l'huile ou dans le mercure, se coagule aussitôt; tandis qu'il reste liquide, s'épaissit et se concentre sans se coaguler, s'il est plongé dans la glycérine, corps avide d'eau.

Bien plus, le sang ainsi concentré, puis desséché dans le segment même, transformé en une masse pulvérulente, se dissout dans l'eau et cette solution peut se coaguler spontanément en masse, même après filtration. C'est le même phénomène de la renaissance des rotifères et des tardigrades à la vie, après une dessiccation complète et une mort apparente, dès qu'on les humecte d'eau.

Le jeune expérimentateur en conclut que la coagulation du sang est sa mort; les corps étrangers la hâtent, tandis que l'évaporation spontanée ou l'exosmose l'éloigne. Et de ce que sa concentration et son dessèchement, sans coagulation préalable, peuvent subir une coagulation ultérieure, il conclut à une sorte de vitalité latente.

Mais, outre que ces assertions sont infirmées par la coagulation du sang dans les varices exposées (voy. *ce mot*), une expérience de M. Ranvier les contredit encore. Du sang de grenouille, reçu dans un creuset de platine et mis à l'abri de la putréfaction, se coagule pour se redissoudre spontanément, après quelque temps, sans que les hématies et les leucocytes aient subi la moindre altération. Le sang coagulé n'est donc pas mort, puisqu'il ressuscite dans cette expérience, de même qu'après son dessèchement dans un segment de vaisseau. Les résultats de ces expériences sont curieux et intéressants, mais les conclusions en sont prématurées.

Sang putréfié. — Voy. SEPTICÉMIE.

SARCOMES. Dégénérescence connective plus ou moins complète du tissu cellulaire et qui aboutit le plus souvent à des tumeurs fibro-plastiques, c'est-à-dire à cellules fusi-

formes, d'où le nouveau nom de sarcome fasciculé. Mais tous ces mots divers, d'origine histologique, n'en cachent pas moins le plus souvent des tumeurs malignes ou cancers. C'est ainsi que ce dernier nom perd tous les jours ce que l'autre gagne, comme en voici la preuve.

Sarcome glandulaire. M. Després enlève une tumeur de la voûte palatine, du volume d'un œuf de poule, ovoïde, lobulée avec bosselures molles et presque fluctuantes. Elle datait de quinze ans et n'avait pris d'accroissement que peu de temps avant son extirpation. Cliniquement, elle avait tous les caractères d'un adénome, et elle fut opérée comme telle.

A l'examen histologique, au contraire, M. Coyne la trouve enveloppée d'une capsule d'apparence fibreuse avec des tractus à l'intérieur formant des loges, des kystes remplis d'un magma brunâtre, couleur chocolat, une véritable bouillie formée de leucocytes granuleux, de fibrine en voie de dégénérescence granulo-graisseuse, d'hématies en voie de destruction, etc., etc.; des végétations plus ou moins saillantes constituées par un tissu mollasse, compacte, jaunâtre, remplissaient l'intérieur.

Bien que l'origine de ces altérations n'ait pu être constatée, M. Coyne les rapproche de ce qui se passe dans les tumeurs kystiques de la mamelle, dans l'adénome du sein, ce qui explique leur malignité et leur récidive après un temps plus ou moins long. Rien n'autorise à supposer, au contraire, qu'un sarcome puisse se transformer en carcinome encéphaloïde, comme dans le cas dont il s'agit. (*Séance du* 13 *novembre* 1874.)

Le mieux semblerait, d'après cet enseignement, d'enlever les fibromes et les adénomes alors qu'ils sont bénins, afin d'en prévenir la transformation, la malignité. Mais l'effet du traumatisme ne produirait-il pas même cette transformation *ipso facto?* Ce n'est pourtant pas le cas de dire : N'y touchez pas. Le plus pratique serait de les opérer dès que leur développement rapide peut en faire craindre la dégénérescence.

Sarcome du thalamus optique et des tubercules quadrijumeaux. La clinique la plus scrupuleuse, aidée de

tous les moyens physiques qui l'éclairent, démontre tous les jours l'inanité des conclusions que l'on tire de l'expérimentation sur des animaux, le plus souvent inférieurs. C'est surtout sur les fonctions du système nerveux que ces déceptions se manifestent; en voici un exemple saisissant.

Une fille de quatorze ans, non réglée, est prise de vertiges et de convulsions en travaillant dans les champs, et se trouve paralysée des membres droits en reprenant connaissance. Transportée au grand hôpital de Milan, elle présente une légère mydriase des deux yeux avec inertie de la pupille à la lumière, paralysie complète du bras droit et parésie de la jambe. La fièvre et des convulsions épileptiformes surviennent, après quelques jours de bien-être, puis le sopor, le coma et la mort.

L'autopsie montre de nombreuses érosions de la lame interne du crâne avec hypérémie des méninges et de l'encéphale; le thalamus optique gauche a le volume d'un œuf de poule avec augmentation de consistance. Une cavité pouvant contenir un grain de maïs existait à l'intérieur. Le droit et les tubercules quadrijumeaux étaient aussi plus gros et plus durs. La surface de section des thalami était d'un blanc grisâtre avec des points d'un blanc laiteux et d'une consistance presque fibreuse. Le microscope les montre constitués de cellules ovales et fusiformes, avec un gros nucléole et un protoplasma envoyant des filaments longs et déliés. Le tissu paraît formé, à la coupe, de l'entrecroisement des cellules avec leurs prolongements. De nombreux vaisseaux y serpentent avec de rares éléments nerveux. Les parties en sont mieux conservées à la superficie que profondément. Des cellules gigantesques sont pourtant rencontrées autour du foyer nécrobiotique.

Ce fait, aussi complet que possible, est donc en contradiction de tous points avec la physiologie admise des organes lésés. Tandis que, pour Longet, les thalami optiques président à l'innervation des quatre membres, il n'y avait qu'une hémiplégie incomplète à droite et Schiff, qui en fait le siége coordonnateur des membres thoraciques et le centre moteur des doigts, est également en défaut.

Il n'est pas plus d'accord avec ceux qui admettent l'action croisée des centres nerveux lésés, comme Lussana, Vrolick, Panizza, et tant d'autres, aussi bien qu'avec les nombreuses

observations citées à l'appui, puisqu'il y avait ici une légère mydriase des deux yeux. Que l'on voie l'origine des nerfs optiques dans ces thalami ou dans leurs couches superficielles, d'après les vivisections, toujours est-il que ce fait est négatif et contradictoire de cette opinion, aussi bien que de celle de Longet, Œhl, Vulpian, qui refusent toute action à ces centres sur la vision.

L'altération des tubercules quadrijumeaux, où certains physiologistes placent le sens visuel, d'autres le centre des mouvements de l'iris ou du globe oculaire, contredit aussi cette opinion, puisqu'il n'y avait ni strabisme, ni paralysie des mouvements, tandis que l'inertie pupillaire et la mydriase donnent raison aux premiers sur les seconds. Les plus simples faits cliniques, comme celui-ci, infirment ainsi tous les jours les théories, les hypothèses souvent contradictoires, basées sur les vivisections expérimentales faites sur ce sujet délicat, et c'est ce que le docteur Rusconi s'est appliqué à montrer en détail. (*Gazz. med. Lombarda*, 1874.)

Sarcome intra-rachidien. Diagnostic. Le cas observé à l'Hôtel-Dieu de Lyon par M. Biot, interne, sur une ancienne cantinière d'Afrique de soixante et un ans, est surtout intéressant par sa symptomatologie. Forte et robuste, cette femme commença à éprouver des douleurs d'abord vagues et intermittentes, ensuite continues du côté gauche. Partant de la région lombaire, elles la prenaient en demi-ceinture et s'irradiaient dans tout le membre inférieur gauche sans aucun trouble de la motilité. C'est pourquoi, entrée à l'hôpital, une névralgie lombo-abdominale fut diagnostiquée d'après la localisation persistante de la même douleur depuis des mois. Mais les bains sulfureux et les pommades excitantes restant sans effet devaient faire modifier ce diagnostic.

L'état ne tarda pas en effet à se dessiner plus nettement par la difficulté croissante des mouvements, tellement qu'à sa rentrée à l'hôpital, un mois seulement après sa sortie, une parésie incomplète des membres inférieurs existe avec un œdème remontant jusqu'à l'ombilic. La sensibilité tactile et thermique est assez bien conservée. Douleurs moins vives qu'au début. Jamais elles n'ont été fulgurantes comme dans la myélite ascendante, des fourmillements légers des

jambes et des mollets les accompagnaient. Dilatation énorme de la vessie, urine claire sans sucre ni albumine. Aucune chute, ni traumatisme, ni déformation, n'expliquant ces accidents, une tumeur intra-rachidienne fut diagnostiquée.

Malgré l'iodure de potassium et les diurétiques, la mort arriva le 15 mars, deux mois après sa rentrée. L'autopsie montra en effet une tumeur ovoïde sur la partie postérieure et gauche de la moelle, recouverte par la dure-mère. Par sa compression, elle a réduit la moelle à un volume exigu, une fois et demie moindre que la tumeur ; déprimée, aplatie. Elle est ramollie au centre et diminuée de volume au-dessus et au-dessous jusqu'à 7 à 8 centimètres. Aucune autre lésion n'existait. (*Lyon méd.*, n° 31.)

Des pseudo-douleurs névralgiques, anomales, rebelles, à siége fixe, sont ainsi un moyen de diagnostic anticipé de ces tumeurs de la moelle, permettant de leur opposer de bonne heure un traitement topique énergique.

Sarcome secondaire du poumon. Une petite tumeur existait depuis un an en avant de la partie supérieure du tibia près du genou ; elle avait pris naissance dans le tendon rotulien droit et acquis un accroissement assez considérable, sans trouble de la santé générale, lorsqu'une tumeur pulmonaire se développa et détermina rapidement la mort. L'autopsie montra un sarcome embryonnaire du poumon droit et des ganglions du médiastin, avec oblitération complète de la veine cave supérieure par bourgeonnement sarcomateux dans sa cavité. La tumeur du genou était aussi sarcomateuse.

En présence de ce fait, MM. Hayem et Graux, au lieu de voir un effet de la diathèse cancéreuse dans cette généralisation, admettent qu'une petite veine, perforée par le sarcome primitif et bénin du genou, a servi de voie de transport à quelques détritus sarcomateux qui, en s'arrêtant, ont été l'origine de la tumeur pulmonaire. L'envahissement de la veine cave supérieure est la seule probabilité en faveur de cette interprétation. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 24, 1874.)

Quoi qu'il en soit, ce fait prouve une fois de plus que la malignité de certaines tumeurs dépend moins de la nature que de l'organe où elles se développent. Celle-ci n'a eu qu'une évolution lente dans un tissu tendineux, tandis que

sa marche a été excessivement rapide dans le tissu pulmonaire. Quoique primitivement bénigne, elle est ainsi devenue rapidement mortelle en envahissant secondairement un organe beaucoup plus vasculaire.

Est-ce à dire qu'en enlevant ce sarcome au genou, il n'eût pas répullulé ailleurs? c'est toujours l'éternelle question du localisme primitif du cancer ou sa nature constitutionnelle. En adoptant la première opinion, les auteurs pensent que l'amputation aurait pu prévenir le développement de cette greffe à distance en se séparant de la masse primitive.

Sarcome fasciculé du rein. Il s'est rencontré sur un enfant de six semaines, né de parents de race noire, vivant dans un milieu palustre qui avait déterminé des accès intermittents chez la mère pendant la grossesse et chez l'enfant peu après la naissance. Le docteur Audain qui l'observa crut naturellement à une hypertrophie splénique. L'abdomen, au niveau de l'ombilic, mesurait 85 centimètres de circonférence. La tumeur. dure et indolente, était, dans le flanc gauche, traversée superficiellement par une sorte d'arête vive qui la coupait en écharpe.

Maigre et cachectique, l'enfant eut des vomissements, de la diarrhée et succomba lorsqu'une pastille de potasse caustique agissait pour découvrir cette tumeur et avant que l'eschare fût détachée.

L'autopsie seule montra le corps du délit. Le rein droit, le foie, la rate, étaient normaux. Une anse d'intestin grêle formait l'arête de la tumeur dont le poids dépassait 5 kilogrammes. L'examen microscopique la montra formée par un sarcome fasciculé avec des hémorrhagies interstitielles au centre. (*Soc. méd. des hôp.* et *Union méd.*, n° 56).

Un second exemple en a été rencontré par M. Martineau. à l'hôpital Sainte-Eugénie, chez une petite fille de deux ans et demi. On crut aussi à une fièvre intermittente par suite d'accès de fièvre vespérins et la tumeur de l'hypochondre gauche, lisse, égale, régulière, sauf un point où elle était pâteuse, ce qui dépendait de la rate ; une anse intestinale, dont on percevait distinctement les mouvements péristaltiques, passait aussi en avant. Elle fut prise de même pour une tumeur de la rate. L'aspect cachectique de l'enfant,

maigre, d'une pâleur terreuse mais non jaune, semblait surtout confirmer ce diagnostic. La mort survenue sans œdème, le 3 mars, permit seule de constater que cette tumeur, du poids de 1980 grammes, arrondie, régulière, ayant 30 centimètres de long sur 20 de large, était formée par le rein gauche transformé par des caillots noirs et une collection liquide à l'intérieur. L'examen anatomique, fait par M. Cornil, y décela les mêmes éléments sarcomateux que dans la précédente. (*Idem*, n° 66.)

Sarcome fasciculé de l'orbite. Un garçon de magasin de trente-cinq ans entre à l'hôpital Necker, le 12 octobre dernier, pour une tumeur de l'orbite droite, remontant à trois ans. Développée au niveau de l'échancrure sus-orbitaire supérieure, elle s'est étendue peu à peu en dehors en devenant douloureuse. Elle a le volume d'une grosse noix très-dure, mamelonnée comme les tumeurs enchondromateuses et occupe ainsi la paupière supérieure dans ses deux tiers externes; la commissure palpébrale en dehors contourne l'orbite et gagne ainsi la paupière inférieure de ce côté. Quoique très-dure, elle semble se déprimer un peu sous le doigt et avoir quelques mouvements de latéralité obscurs, ce qui exclut l'idée d'exostose exprimée par M. Després. Une autre petite tumeur mobile est surajoutée à la précédente vers la queue du sourcil. Des douleurs empêchant le sommeil se manifestent dans le front et dans la tempe droite et jusque dans l'occiput.

La présentation du malade à la Société de chirurgie a donné lieu à des diagnostics différents. M. Perrin soupçonna un sarcome avec prédominance fibreuse d'après deux cas analogues observés et opérés avec succès.

Pour savoir si elle pénétrait dans le crâne, M. Guyon y plongea une aiguille à acupuncture arrêtée à 1 centimètre et demi. Il en pratiqua dès lors l'excision. La tumeur découverte coiffait tout le bord supérieur et externe de l'orbite; la rugine fut nécessaire pour l'en séparer à l'intérieur de l'orbite, des adhérences existent avec le cul-de-sac conjonctival ainsi que des prolongements entre les muscles de l'orbite.

Aucune complication ne survint, mais l'examen microscopique donne tous les caractères histologiques du sarcome

fasciculé avec trame conjonctive, fibres élastiques, noyaux ovoïdes ou fusiformes à double nucléole très-réfringent. (*Soc. de chir.*, 24 novembre.)

Sarcome de l'iris. *Étiologie.* Au cas unique rapporté par Hirschberg, le docteur Dreschfeld en joint un second observé à l'Infirmerie royale de Manchester par le docteur Little, sur une femme de cinquante-trois ans qui, à une première hémorrhagie dans la chambre antérieure de l'œil gauche survenue le 20 décembre 1871, en eut quatre autres jusqu'au 21 mai 1874. A cette époque, l'examen décelait une petite quantité de sang à la partie inférieure de la chambre antérieure, d'un gris rougeâtre dont la teinte augmenta graduellement au point de former une tumeur du volume d'un pois fendu. Les hémorrhagies devinrent plus fréquentes avec diminution de la vue, tension du globe, douleurs, dilatation des veines de la sclérotique qui nécessitèrent l'énucléation.

A l'examen du globe de forme normale, on voyait, à travers la cornée, une masse d'un brun noirâtre, remplissant presque la moitié inférieure de la chambre antérieure, à surface supérieure concave avec l'iris normal au-dessus, séparées par une petite ouverture ovale. Une section verticale mit à nu une petite tumeur molle et granuleuse limitée en avant par la cornée à laquelle elle adhérait intimement, en arrière par la membrane pigmentée de l'iris restée intacte, et en bas par le ligament pectiné aussi intact. Le corps ciliaire au-dessous était repoussé un peu en arrière ainsi que le cristallin dont la portion antéro-inférieure était opaque. Toutes les autres parties de l'œil étaient normales.

L'examen microscopique minutieux de cette tumeur, qui avait détruit toute la partie inférieure de l'iris, la montre composée de cellules fusiformes avec des masses irrégulières de pigment renfermant des cellules organiques musculaires. Un gros noyau ovale remplissait un nucléole très-réfractaire recouvert de granules fins et duquel s'échappaient des filaments aux deux pôles, se divisant en de fines branches à leurs extrémités.

Durcie dans le liquide de Muller et sectionnée en différents points, cette tumeur se montra composée d'une partie peu transparente formée des cellules fusiformes avec une

substance intercellulaire et d'une autre plus transparente, formée d'islets ronds ou oblongs des cellules de muscles organiques parfaitement distinctes et reconnaissables des éléments sarcomateux qui les environnaient. C'était évidemment des parties du tissu musculaire de l'iris autour duquel le sarcome s'était développé. Des vestiges de petits vaisseaux sanguins et des masses de pigments épars dans toutes les parties de la tumeur confirmaient cette manière de voir.

Ce fait est une preuve pour l'auteur que le sarcome a pris naissance dans le tissu intermusculaire. Des sections de la membrane pigmentaire de l'iris, où il était encore dans l'enfance de son développement, ont confirmé cette interprétation en montrant les membranes des cellules musculaires de l'iris séparées par des masses de noyaux semblables d'aspect et de volume à ceux des cellules sarcomateuses, tandis que les éléments cellulaires du tissu connectif de l'iris, cellules étoilées et lymphoïdes, étaient rares et sans traces de prolifération. (*Lancet*, 16 janvier.)

Des noyaux libres du tissu connectif intermusculaire ont donc donné naissance par prolifération à cette tumeur. Cette interprétation est conforme à l'opinion de Sokolow sur le développement des cellules fusiformes du sarcome. (*Virchow's Archiv*, 1873.)

Sarcome choroïdien. M. M. Perrin a pu en établir le diagnostic, dès la première période de son développement, sur deux militaires de la garde républicaine en tenant compte surtout du développement dans le fond de l'œil d'un réseau vasculaire indépendant des réseaux vasculaires choroïdien et rétinien. Ce signe, mentionné pour la première fois par Otto Becker, a surtout été mis en lumière par M. Brière (du Havre). Sans lui, les autres signes, comme le reflet chatoyant de la pupille, le décollement de la rétine et l'augmentation de pression oculaire, sont très-insuffisants, tandis que le premier est caractéristique. M. Panas l'a trouvé également fidèle dans un cas où la vue s'est perdue depuis. Des douleurs vives ayant décidé le deuxième malade de M. Perrin à faire l'énucléation, la pièce a montré une tumeur de 6 millimètres de saillie et un centimètre de diamètre siégeant bien au lieu révélé par l'ophthalmoscope

avec le réseau vasculaire spécial. La sclérotique est amincie dans le voisinage de cette production cancéreuse. (*Soc. de chir.*, mars.)

SCIATIQUE. *Atrophie musculaire.* Ce signe est la preuve concluante, suivant M. Landouzy, que la sciatique n'est pas toujours une simple névralgie, une altération purement fonctionnelle du nerf, mais que souvent, le plus souvent même, il y a névrite avec altération consécutive, dégénération même du tissu nerveux. Sur 26 observations cliniques recueillies dans les hôpitaux et rapportées *in extenso* à l'appui de cette distinction, sinon absolument nouvelle, du moins pas aussi catégoriquement formulée, 17, en effet, sont rangées dans un groupe des *névri-sciatiques*, avec atrophie musculaire constante du membre douloureux, et 9 seulement dans celui des névralgies. La proportion est ainsi renversée : ce que l'on croyait l'exception devient la règle; la forme grave, que l'on croyait la plus rare, serait la plus fréquente, d'après cette petite statistique. Mais cette disproportion doit dépendre de l'origine, la source de ces observations. La sciatique grave, continue, progressive, chronique, conduit seule à l'hôpital, et comme, par sa situation superficielle et son volume, le nerf sciatique est très-exposé aux agents extérieurs, à la compression, aux contusions, au refroidissement, on s'explique cette fréquence des sciatiques dystrophiques à l'hôpital.

A défaut des données de l'anatomie pathologique et de l'histologie pour asseoir sa distinction, la symptomatologie en offre les caractères différentiels. Au lieu de la douleur intermittente, par accès avec élancements, se faisant sentir aux extrémités du nerf, qui caractérise la névralgie, une douleur sourde, continue ou subcontinue, gravative, persistante, se faisant sentir également tout le long du trajet du sciatique qui se dessine sous la peau en un cordon dur, douloureux à la pression, avec épaississement de la peau, œdème du membre, troubles sensitifs et trophiques comme zona et surtout l'atrophie musculaire, indique la lésion du nerf. Toutes les fois qu'au début, le volume du nerf ou sa vive sensibilité à la pression commande l'idée d'un processus inflammatoire, les antiphlogistiques *loco dolenti* conviennent de préférence aux anesthésiques. 12 sangsues ont ainsi

amené, dans un cas, un grand soulagement et une guérison rapide. Ce n'est que contre l'atrophie musculaire consécutive que l'électrisation convient.

Dès 1864, M. Lasègue avait appelé l'attention sur cette forme de sciatique grave qui se traduit par une douleur sourde et constante qui, d'abord légère, s'accroît, s'aggrave et augmente à la pression. La continuité du symptôme indique la continuité de la maladie; ce n'est plus une névralgie simple pour lui et, s'il ne prononce pas le nom de névrite, il n'en fait pas moins une forme différente, une *maladie du nerf*, bien plus grave quant au pronostic. (Voy. *année* 1865.)

M. Axenfeld exprime la même opinion en disant que la douleur est produite dans les lieux mêmes où elle est ressentie. Mais il ne prononce pas davantage le mot de névrite, tandis que Weir Mitchell et Jaccoud n'hésitent pas à l'admettre. « Bon nombre de paralysies et de névralgies circonscrites qui passent pour essentielles et rhumatismales sont l'effet d'une inflammation dans les nerfs correspondants, » dit ce dernier; plus précis encore, Weir Mitchell dit que, dans beaucoup de cas, la névrite se caractérise, après une certaine durée, par la sensibilité du nerf affecté, dans une grande partie de son trajet, la sensation d'un cordon dur et tuméfié notamment dans le sciatique et une douleur uniforme et constante au lieu de l'hyperesthésie névralgique. Aussi est-il convaincu qu'il existe souvent une véritable névrite qui passe inaperçue dans les cas considérés et traités comme des névralgies sciatiques.

Tandis que les paralysies locales ou périphériques sont expliquées aujourd'hui par l'altération des nerfs, les troubles sensitifs sont toujours rattachés à des causes réflexes ou purement fonctionnelles. L'amaigrissement du membre, son atrophie dans la sciatique, sont attribués à l'immobilité alors que le malade ne garde pas un repos aussi absolu que dans l'arthrite chronique, par exemple, où ces lésions ne se manifestent pas. La compression du nerf, sa contusion, en rendent bien mieux compte. Les expériences sur les animaux le démontrent aussi bien pour le nerf cubital que pour le sciatique. Qu'il s'agisse d'un cobaye chez lequel on frappe ce nerf ou de ce malade qui se contusionne le cubital en se heurtant à l'angle d'un rocher, l'atrophie musculaire

apparaîtra uniformément dans l'un et l'autre cas. Les douleurs et l'atrophie de la cuisse d'une névri-sciatique sont les mêmes que les douleurs dites névralgiques, l'affaiblissement et l'atrophie musculaires résultant d'un coup de feu qui a lésé le sciatique. Pourquoi ne pas admettre la lésion du nerf au même titre et dont l'atrophie musculaire est la conséquence?

La disparition de cette atrophie, constatée dans plusieurs cas après un temps plus ou moins long, ne saurait être une objection contre l'idée d'une altération de la structure même du sciatique. Les expériences ont montré la régénération des fibres nerveuses. M. Vulpian a constaté expérimentalement la régénération intégrale des gaînes de Schwann et des cylindres-axes de manière à faire disparaître complétement l'atrophie.

De même que le docteur Borne a admis deux types de névralgies brachiales, les unes franches et aiguës, guérissant rapidement, tandis que les autres, passant à l'état chronique, présentent une atrophie avec parésie du membre, M. Landouzy divise la sciatique en *névralgiforme* et *névritiforme*. En raison de la gravité de celle-ci et de la thérapeutique différente qu'il convient d'y apporter dès le début, elle doit donc être étudiée attentivement par tous les praticiens dans ses causes et dans ses effets, notamment l'atrophie musculaire qui en est le plus sensible et le plus certain. (*Arch. de méd.*, mars, avril et mai.)

SCLÉROSE. Entièrement organisée dans les centres nerveux, cette altération rend à peu près tout traitement inutile. C'est pourquoi M. H. Mollière a cherché, pour ainsi dire, à en préjuger le début par la manifestation de quelques symptômes prémonitoires. L'existence de troubles hystériques, insolites et prolongés, chez la femme, des névralgies rebelles avec troubles de la vision chez l'homme, peuvent faire soupçonner le début de ces altérations profondes des centres nerveux. Un traitement énergique et bien constitué pourrait, à cette période, rendre des services. Mais les observations rapportées à l'appui sont trop rares pour inspirer une confiance absolue (voy. Hystérie, Névralgies). Des observations ultérieures plus nombreuses pourront seules prouver l'exactitude de ces inductions. (*Lyon méd.*, n° 28.)

Ces symptômes ont fait défaut dans un cas de double sclérome des centres ovales des hémisphères cérébraux chez un garçon de vingt-deux ans, amené à l'asile de Sienne, le 10 décembre 1874, service de M. Palmerini. Petit, maigre, pâle et d'apparence féminine, il avait une paralysie du côté gauche de la face et du cou, qui s'étendit graduellement aux membres supérieurs et inférieurs du même côté. Agitation de la tête de gauche à droite. Grande faiblesse intellectuelle. Ces accidents étaient survenus après un séjour dans les maremmes de la Toscane et des fièvres intermittentes prolongées. Tous les muscles du côté paralysé sont atrophiés, tout en conservant la contractilité électrique. Pupilles dilatées avec mydriase sans paralysie de l'iris. L'amblyopie se manifesta ensuite graduellement avec l'extension de la paralysie et des phénomènes cérébraux, à tel point que le malade se plaignait de ne plus voir; ce que l'auteur attribue tout simplement à la compression de la lame optique des scléromes.

La mort, survenue le 5 juin, permit de constater une atrophie partielle multiple dans les circonvolutions cérébrales, surtout dans les circonvolutions fondamentales en haut de l'hémisphère droit. Une induration partielle, de couleur grisâtre, se remarquait dans le centre ovale de l'hémisphère gauche, limitée nettement de la substance cérébrale circonvoisine, et formant une tumeur de 7 centimètres environ de long sur 4 de large, et 1 d'épaisseur. Celle-ci était d'une dureté presque cartilagineuse, tant à la pression que sous le scalpel. Une induration semblable, un peu plus petite, existait à droite et s'étendait en arrière à la substance blanche des circonvolutions comprenant le corps calleux lui-même, dans sa partie inférieure. Les nucléoles de ces scléromes étaient réunis et compactes, et, ne possédant pas de tissu de nouvelle formation, ne méritent pas le nom de tumeurs, quoique en ayant toute l'importance et le caractère au point de vue clinique. D'ailleurs, qu'un tissu de nouvelle formation sous le nom de tumeurs s'organise lentement au sein d'un hémisphère cérébral ou que, par hyperplasie du tissu connectif, une masse dure, cartilagineuse, se développe, atrophiant les éléments organisés du cerveau, les parties avoisinantes sont comprimées, dans l'un comme dans l'autre cas, et les mêmes

phénomènes morbides en résultent. De là le diagnostic de tumeurs accidentelles bénignes. Mais l'absence de douleurs de tête, de vomissements et de convulsions épileptiformes, suffisaient à en faire éloigner le siége du bulbe. (*Archiv. per le malattie nervose*, novembre.)

SENS. *Les Sens*, par Bernstein, professeur de physiologie à l'université de Halle; un vol. grand in-8° cartonné de 260 pages, avec 91 figures dans le texte, formant le XVI[e] volume de la *Bibliothèque scientifique internationale*; librairie *Germer Baillière.*

Il n'y a rien de nouveau dans le fond de cet ouvrage, mais la forme, le raisonnement, les appréciations, émanant d'un allemand, diffèrent de la plupart des ouvrages français. Au lieu des vues générales, transcendantes et philosophiques que l'on trouve sur ce sujet, c'est le positivisme seul des faits constatés mathématiquement. Il explique simplement comment et pourquoi telle fonction s'exécute et le démontre ; ce qui réfute par là même les interprétations contraires. Plus de théories, ni d'hypothèses, mais une démonstration physique, anatomique. Une explication n'est plus acceptée et admise aujourd'hui que sur la démonstration de son exactitude.

Telle est surtout la devise allemande. C'est bien de l'Allemagne qu'est venu en ligne directe ce positivisme absolu, sans transaction ni sous-entendus, de la physiologie, de la pathologie et de la thérapeutique. A défaut d'une démonstration, ou d'une explication équivalente, on préfère ne rien dire. Des cinq sens, le professeur allemand s'étend ainsi avec complaisance sur ceux de la vue et de l'ouïe, sur lesquels tant d'expériences ingénieuses et délicates ont été faites pour en découvrir le mécanisme et les lois; 200 pages du livre leur sont consacrées. Quant à celui du toucher dont l'importance est au moins égale, sinon supérieure, 40 pages seulement lui sont consacrées parce qu'il ne repose physiquement et expérimentalement que sur l'ingénieuse démonstration du degré de la sensibilité par le compas de Weber.

Et pour donner un exemple entre autres de l'importance exclusive donnée au côté expérimental dans ce livre, voici, à propos de la sensation tactile et de la sensation de la douleur une distinction proposée par Weber même. « Lorsque

nous appliquons le tranchant d'un couteau aiguisé sur la peau, nous sentons le tranchant par le moyen du sens du toucher, nous avons une impression sensible que nous rapportons à l'objet, cause de cette impression. Mais si, au moyen de ce couteau, nous faisons une incision dans la peau, nous ressentons de la douleur, sensation que nous ne rapportons plus au couteau tranchant, mais que nous sentons être en nous et qui nous donne connaissance d'un changement dans l'état de notre propre corps. Nous ne sommes pas en état de reconnaître, par cette sensation douloureuse, l'instrument qui l'a produit ni sa nature. »

Distinction subtile et fausse en tant que signifiant que la douleur de la coupure ne puisse être distinguée de celle de la piqûre, de l'écorchure, la foulure et la fracture ou toute autre. Elle est toute différente, et nous savons bien la discerner sans voir l'objet qui l'a déterminée. Si l'on ne peut connaître l'objet qui l'a causée, sans l'aide de la vue ou du toucher, le cerveau sait bien distinguer, par l'impression que lui transmettent les branches nerveuses lésées, de quelle nature est la lésion. On en acquiert tous les jours la preuve auprès des blessés.

Au point de vue de la vulgarisation de la science exacte et positive qui est celui de la *Bibliothèque internationale*, ce livre remplit son but ; toutes les expériences et les appareils nécessaires à la démonstration y sont minutieusement décrits ; mais on peut voir qu'il ne suffit pas au physiologiste et au médecin. L'odorat et le goût, n'ayant pas encore été l'objet de ces expériences physiques, ont pu être exposés en 14 pages. Si ce livre est le reflet de l'enseignement en Allemagne, comme il est bien permis de le croire, l'expérimentation et les sciences exactes y dominent au détriment de l'induction et de l'observation aussi bien que de l'histoire et de la tradition. L'avenir dira, par les résultats obtenus, si cette méthode exclusive est la bonne.

SEPTICÉMIE EXPÉRIMENTALE. M. le professeur Feltz a réussi à la produire artificiellement à plusieurs reprises chez les chiens, en leur injectant dans les veines 1 à 3 centimètres cubes de sang putréfié, suivant leur poids et leur taille. Les animaux inoculés devenaient malades, et la plupart mouraient du troisième au huitième jour. Pendant

la vie, il observa l'augmentation de température de 1 à 4 degrés, soif intense, perte d'appétit, diminution très-rapide du poids, diarrhée et vomissements bilieux, hémorrhagies intestinales, hématuries et hématémèses; ces derniers signes se présentaient surtout chez les chiens qui mouraient, et étaient accompagnés d'accidents convulsifs épileptiformes. A l'autopsie, il y avait toujours des taches hémorrhagiques intestinales, quelquefois des infarctus pulmonaires, rarement du sang dans la vessie. Le foie était toujours fortement hypérémié, rempli de bile, parfois le siége d'une véritable dégénérescence graisseuse. Le sang était modifié : des granulations se dissolvant dans l'éther étaient en suspension dans le sérum, les globules rouges diffluents en voie de déformation, l'hémoglobine transsudait et cristallisait sous le microscope; jamais de gaz dans le sang.

Ce résultat n'est pas nouveau, bien d'autres expérimentateurs l'avaient obtenu; M. Feltz a cherché à connaître le principe, l'agent toxique du sang putride. Dans l'impossibilité d'en extraire, d'en isoler les proto-organismes qui s'y trouvent, il a soumis ce sang, par de nombreuses expériences, à des courants d'air longtemps prolongés et à l'action de l'air comprimé sans aucun résultat. Mais en oxygénant ce sang par contact immédiat et en le privant de gaz, il a constaté qu'il devient moins toxique et que les infiniment petits qui s'y trouvent perdent de leur mouvement, de leur agilité. D'où il conclut que le principe toxique n'est pas un gaz et implicitement qu'il réside dans les vibrions.

Voici ses conclusions.

« La septicémie peut être développée chez le chien par des injections intra-veineuses de sang putréfié.

» Les courants d'air longtemps continués à travers le sang et l'air comprimé ne paraissent avoir d'action ni sur les qualités toxiques du sang putréfié, ni sur les infiniment petits qui y séjournent.

» Le sang longtemps oxygéné par contact ou par passage de ce gaz à l'état de pureté semble devenir moins toxique et se différencier du sang initial par une diminution des mouvements des vibrioniens (vibrions et spirilles).

» Le sang privé de gaz et laissé dans le vide un certain temps paraît perdre également de son pouvoir toxique. Les coccobactéries, les membranes zoogléiques, s'immobilisent, les vibrions, les spirilles, perdent de leur agilité, mais il n'y a pas mort réelle des infiniment petits. Le principe toxique ne me paraît pas être un gaz. » (*Acad. des sciences*, mars.)

C'est donc en vain que M. Feltz a recherché le principe toxique du sang putréfié. La sepsine des Allemands, ni aucun autre corps tangible ne sont apparus. Il n'a pas été plus heureux en faisant dessécher ce sang putréfié à l'air ou à l'étuve. Alors que les infiniment petits n'y décelaient plus leur présence que par leurs vestiges et que l'immobilité et la mort y remplaçaient le mouvement et la vie, il a suffi d'injecter ce sang à des chiens pour que la plupart succombassent, comme si les bactéries et les vibrions eussent été vivants (*Idem*, mai). Ces résultats semblent donc contredire que ces infiniment petits soient la cause de la septicémie. M. Panum n'a pas été plus heureux. Une solution putride bouillie pendant onze heures, ou bien filtrée à plusieurs reprises pour la débarrasser parfaitement de ses bactéries, n'en a pas moins produit ensuite la septicémie. Mais ce liquide, évaporé à siccité, se comporte différemment si l'on traite le résidu avec l'eau ou l'alcool. L'extrait alcoolique ne produit aucun symptôme, tandis que l'extrait aqueux produit encore l'empoisonnement. Il est donc bien difficile de voir quelque chose de positif dans ces expériences. pas plus que dans celles de M. Feltz.

Mais les Allemands ne sont pas si réservés. Leur imagination va toujours au delà du résultat obtenu, et c'est ainsi qu'ils sont si riches en déductions, vaille que vaille. M. Panum en conclut de là qu'il existe, dans les substances en décomposition, un poison chimique déterminé, qui, par sa constitution, a plus de rapports avec les alcaloïdes végétaux qu'avec les substances albumineuses. Cette matière consiste probablement en différentes substances vénéneuses. Elle n'est pas détruite par l'ébullition, elle est soluble dans l'eau, mais elle précipite par l'alcool concentré.

Le poison est produit par les processus vitaux de la bactérie, et peut être soit une sécrétion de cet organisme, soit un produit de la décomposition de l'albumine. (*Virchow's Archiv.*)

On voit combien ces conclusions sont peu rigoureuses et la créance qu'elles méritent. Aussi l'auteur est-il réduit à faire d'autres suppositions pour étayer sa théorie d'un alcaloïde végétal, et d'en expliquer l'action probable pour lui donner quelque consistance. La bactérie qui produit ce poison, dit-il, existe dans la bouche et dans l'intestin de l'homme, et passe parfois *très-probablement* dans son sang et ses tissus, mais elle *paraît* incapable d'y vivre, si ce n'est un certain temps après la mort de son hôte. Elle produit peut être le poison putride dans l'intestin, mais la muqueuse intestinale *paraît* ne pouvoir l'absorber, comme pour le curare. D'autre part, le poison putride est absorbé souvent par les plaies, et il se produit dans les symptômes caractéristiques de la septicémie. Il *semble* que cette infection putride ne soit pas inoculable. Il existerait toutefois, d'après certains auteurs, une maladie dépendant de l'existence dans le sang d'un organisme distinct de la bactérie termo, nommé par Klebs *Mikrosporon septicum*. Cet organisme paraît, dans certains cas, quand il existe dans l'air, surtout dans les hôpitaux encombrés, ou bien quand il est transporté d'un malade à l'autre, pouvoir exister dans le sang et les tissus et s'y multiplier. Il produit dans les parties où il est transporté des inflammations et des suppurations graves ; dans le fait, c'est l'agent actif dans la production de la pyohémie. Dans bien des cas, on rencontrera la combinaison du poison putride avec cet organisme actif, et l'on aura en partie des symptômes de pyohémie et de septicémie.

Voilà cette clarté et cette précision rigoureuse des savants allemands en si grand honneur aujourd'hui. Ce spécimen peut en montrer la valeur. L'absorption intestinale des matières septiques, mise en doute par M. Panum pour en justifier la théorie, est au contraire affirmée, démontrée par M. Humbert dans sa thèse inaugurale de 1873, et il serait facile de trouver d'autres contradictions flagrantes dans l'échafaudage de suppositions qui ornent son travail.

Le docteur Boulomié explique au contraire la septicémie par l'envahissement de l'économie des micro-organismes des plaies. Tant qu'ils sont en petit nombre et peu mobiles, dit-il, la plaie et l'individu étant d'ailleurs dans de bonnes conditions, la cicatrisation n'est pas entravée. Mais s'ils sont nombreux et très-prolifères, ils pénètrent dans les parties

voisines de la plaie et développent les abcès de voisinage. Ils envahissent l'économie tout entière par les veines et les lymphatiques, et, si l'organisme est sain, de la fièvre et des évacuations critiques en résultent seulement, mais s'il est profondément débilité, incapable de résistance et préparé aux fermentations, la fièvre septicémique se déclare et le blessé meurt sous l'action combinée de la bactérie toxique de la plaie et du virus qu'elle a engendré par la décomposition des éléments. (*Acad. des sciences.*)

De nombreuses expériences ayant démontré à M. Bert que l'air comprimé ou suroxygéné tuait les ferments organisés comme la bactérie, les vibrions, tandis qu'il n'enlève pas les propriétés fermentescibles des ferments non organisés comme la diastase, on pourra étudier ainsi séparément leur action spéciale sur la septicémie ou la putridité, et distinguer le ferment qui rend l'urine ammoniacale de celui qui produit la putridité. (*Soc. de biol.*, janvier.)

Bois de Campêche comme antiseptique. — Voy. URINES ALCALINES.

SÉRICEPS. Nouveau tracteur en soie s'ajoutant aux forceps, au léniceps et au rétroceps. De là son nom. M. le docteur Poulet (de Lyon), en est l'auteur. C'est une bande transversale d'étoffe de 25 centimètres de long, sur laquelle adhèrent quatre rubans qui, réunis ainsi deux à deux, constituent deux anses égales sur lesquelles les doigts se placent aisément pour tirer.

La bande transversale s'étale sur la tête fœtale, au-dessous du front, en avant et au niveau du cou en arrière. Ses deux extrémités, percées d'œillets, sont reliées par des cordons de soie lacés d'avance, mais lâchement, et qu'il suffit de tirer dès que la bande est bien appliquée pour fermer le cercle qui étreint ainsi l'ovoïde crânien.

La bande transverse et les rubans sont tissés en double étoffe, et constituent des gaînes sans couture, comme des doigts de gant. Des tiges métalliques minces et élastiques, imitant les branches de forceps en miniature, sont glissées dans ces gaînes pour placer l'appareil entre la tête et l'utérus. Trois sont nécessaires. On les retire une fois le sériceps placé convenablement et les lacets serrés. La tête

ainsi prise, on exerce les tractions comme avec le forceps, mais avec beaucoup plus de facilité. (*Lyon méd.*, n° 18.)

L'idée du sériceps n'est pas nouvelle ; la fronde de Mauriceau, le filet d'Amand et de Mead, en étaient les prémisses; l'exécution en est seulement meilleure et en rapport avec les progrès accomplis. L'emploi du forceps l'avait fait délaisser et fera probablement mettre de côté ce nouvel engin comme les autres. L'auteur lui-même convient que son application est plus difficile, et surtout plus longue que celle du forceps. Où donc est l'avantage, devant la nécessité de recourir à trois branches métalliques pour le placer? Qu'elles soient moins pesantes et moins épaisses, volumineuses, que les branches du forceps, c'est bien ; mais il y a la difficulté de les manœuvrer dans une gaîne de soie qui, tout en ménageant mieux les parties maternelles, n'en est pas moins une difficulté de plus. C'est donc une grave complication qui ne permet de l'employer qu'après un certain apprentissage. Une application habile, aisée du forceps, n'est déjà pas chose si facile ni commune pour que l'on y ajoute cette nouvelle difficulté.

L'auteur y ajoute, il est vrai, un nouveau *tracteur obstétrical*, perfectionnement de celui de son compatriote M. Chassagny. Il a en effet son point d'appui sur les ischions par deux cupules placées aux extrémités d'un arc brisé et qui se vissent sur une longue tige pleine. Un tube creux, muni d'un taquet écrou qu'une poignée mobile fait mouvoir à volonté, s'adapte à cette tige. Les cordons ou rubans du sériceps attachés au taquet, on n'a qu'à tourner la poignée terminale pour attirer la tête. On peut y adapter de même le forceps ordinaire. (*Idem*, n° 20.)

Ce perfectionnement dans les appareils de force mécanique appliqués depuis quelque temps aux accouchements laborieux, surtout à Lyon, ne paraît pas devoir contribuer à en généraliser l'usage. La plupart des praticiens reculeront toujours devant l'emploi de ce formidable appareil instrumental aussi peu à la portée de leur main-d'œuvre que de leur bourse. Ce ne seront jamais là que des instruments d'exception beaucoup plus curieux qu'utiles.

SPIROSCOPE. Appareil ingénieux imaginé par M. Woillez, construit par Collin, pour la production naturelle des phé-

nomènes de la respiration et l'étude de l'auscultation, l'anatomie et la physiologie du poumon. L'insufflation sur le cadavre fait pénétrer l'air avec une force supérieure à celle de la pesanteur atmosphérique ; elle soulève et écarte de force les parois des conduits et des vacuoles pulmonaires, tandis que le contraire a lieu dans l'état physiologique. C'est en s'amplifiant que les parois des vésicules et des canaux aspirent l'air que la pesanteur atmosphérique fait pénétrer. Cette loi physiologique est donc renversée par l'insufflation artificielle, d'après laquelle les dercières expériences de M. Cornil ont été faites. — Voy. *année* 1874.

C'est une petite chambre cylindrique en verre permettant de suivre à l'œil nu toutes les modifications appréciables du poumon sain suspendu à l'intérieur par un tube sur lequel il est fixé et prenant jour à l'extérieur. Un soufflet placé en bas sous le support de l'appareil sert à en faire le vide. L'insufflation pulmonaire a lieu ainsi comme une véritable inspiration naturelle et l'air, entré librement dans les vésicules, en sort par le retrait élastique du poumon. En venant s'appliquer, lors du premier temps, contre la paroi de la cage, le tissu pulmonaire permet à l'oreille de percevoir les bruits déterminés par l'entrée de l'air. C'est donc l'imitation du thorax naturel avec des parois de verre.

Par ces expériences, M. Woillez a montré que le spiroscope produit une inspiration parfaite du poumon qui reçoit ainsi 5 litres d'air et peut être desséché ensuite. Dans ce poumon exsangue, les mouvements d'inspiration et d'expiration, qu'ils soient rapides ou lents, ne donnent lieu à aucun bruit ; mais si, à la place de l'air, on injecte un liquide gélatineux dans les ramifications de l'artère pulmonaire, le bruit vésiculaire se produit aussitôt. Un poumon introduit tout congestionné fit entendre un bruit respiratoire plus fort dans l'inspiration et faible dans l'expiration. Des substances coagulantes ou des liquides chimiques peuvent être injectées comme l'air, en conservant l'empreinte des tissus et en facilitant les études micrographiques. Il permet en outre de résoudre plusieurs autres questions physiologiques et servira utilement à l'élucidation de certains résultats thérapeutiques. (*Acad. de méd.*, avril.)

STÉRILITÉ. La cause en est trop souvent imputée à la femme; chaque praticien peut s'assurer et découvrir qu'elle est le plus souvent due à l'homme. A celle de la taille latéralisée, signalée l'année dernière, s'en ajoutent d'autres plus ou moins connues. Une série d'observations communiquées à la *Société des sciences médicales de Lyon*, par MM. Laroyenne, Coutagne, Jullien et Laure, a montré qu'après un examen complet et très-munitieux des conjoints stériles, la femme a été trouvée parfaitement apte à la fécondation, tandis que les spermatozoaires des hommes, la plupart syphilitiques, étaient absents, déformés ou privés de vie. Cinq hommes mariés, un depuis trois ans et les autres depuis six, sept, douze et quatorze ans, dont les femmes examinées par M. Laroyenne ne présentaient aucune cause apparente de stérilité, avaient subi auparavant les atteintes les plus graves de la syphilis et, quoique indemnes de tout accident en voie d'évolution, présentaient des stigmates indélébiles d'accidents tertiaires, comme paralysies, nécroses, ulcérations, etc. (*Lyon méd.*, n° 4.)

M. le docteur Caffe put ainsi dans un cas où le mari allait répudier sa femme pour cause de stérilité, s'assurer que ses animalcules étaient privés de vie et que la femme était régulièrement conformée. Une saison aux eaux sulfureuses des Pyrénées suffit à faire cesser cette stérilité du mari. Un examen microscopique du sperme est donc indispensable toutes les fois que la stérilité existe. (*Journ. des conn. médicales,* n° 5.)

Fausses routes vaginales. C'en est une autre cause fréquente, selon M. le professeur Pajot. Dans les versions utérines surtout, il se forme par le coït répété des culs-de-sac opposés à la version, et il n'est pas rare ainsi de trouver au toucher, dans les latéro-versions, le museau de tanche fortement appliqué sur l'un des côtés du vagin et l'orifice externe du col comme obturé par la paroi du canal. La fausse route devient ainsi le pied-à-terre habituel du mari.

Or comme ces versions ne sont pas rares chez les jeunes femmes mariées après un certain temps et que les maris, poussés par le désir d'avoir un enfant, portent leurs vœux aussi loin que possible, ils dépassent ainsi le but sans l'atteindre.

Dans les cas de stérilité avec déviation de l'utérus, il y a donc lieu d'examiner si le défaut de fécondation n'est pas dans la fausse voie suivie par le mari. C'est en corrigeant la déviation momentanément au moins par la position ou autrement que le rapprochement, dans ces conditions favorables, pourra devenir fécondant. Dans les antéversions, par exemple, la plénitude de la vessie est favorable au rapprochement. C'est celle du rectum dans les rétro-versions où la constipation existe souvent. On peut même la provoquer au besoin. Dans les latéro-versions, la position sur le côté opposé est la plus favorable au rapprochement. Et, dans tous ces cas, point n'est besoin d'une extrême pénétration.

Inutile de dire que de pareils conseils ne doivent pas plus être donnés aux femmes en présence du mari, que ceux du mari ne doivent être connus de la femme, leur succès exige qu'ils soient donnés et suivis séparément.

Sur vingt-sept mariages stériles par déviation compliquée de fausse route, quinze sont devenus féconds par l'emploi de ces simples moyens, dans un espace de quinze jours à dix-huit mois et cela après deux, trois, quatre et jusqu'à treize ans de mariage stérile.

Sur 80 mariages stériles, 6 hommes n'avaient pas de spermatozoïdes quoique aucun de ces hommes n'eût plus de quarante ans. Un septième était privé d'éjaculation depuis douze ans. Les 7 femmes étaient au contraire parfaitement constituées. Aucun de ces mariages n'est devenu fécond, malgré le traitement tonique des maris, excepté le septième. (*Annales de gynécologie.*)

Stérilité des mulets. Ayant examiné les testicules et les voies spermatiques de ces métis, M. Balbiani en conclut que leur infécondité est due à l'insuffisance du développement des spermatozoïdes qui présentent des formes anomales résultant d'un arrêt de développement. (*Soc. de biol.*, janvier.)

SYPHILIS. *Accidents tertiaires.* Leur apparition, leur fréquence, leur durée et leur gravité seraient dues en grande partie au mercure d'après la statistique de M. Jullien. (voy. MERCURE.) Mais ils pourraient être aussi efficacement combattus en administrant simultanément l'iode et le mer-

cure à la fois par la formation d'un biiodure de mercure intra-organique en résultant, d'après Wreden. (*Idem.*)

Recherches statistiques sur l'étiologie de la syphilis tertiaire, par M. le docteur Louis Jullien, chef de clinique chirurgicale des hôpitaux de Lyon. Un vol. in-8° avec nombreux tableaux.

La syphilis et la prostitution dans leurs rapports avec l'hygiène, la morale et la loi par le docteur H. Mireur, médecin-inspecteur du dispensaire de salubrïté publique de Marseille; un vol. grand in-8° de 476 pages. Paris.

Les nouvelles mesures proposées par l'auteur sont une répression énergique du charlatanisme spécial des maladies secrètes qui fait tant de victimes, visite des matelots avant le départ et au retour, admission libérale des malades aux secours publics des sociétés de secours des hôpitaux et des dispensaires et emploi de toutes les mesures hygiéniques et prophylactiqùes.

En ce qui concerne la prostitution, application des articles 330 et 334 du Code pénal rendant passibles de la police correctionnelle tous les actes publics de prostitution en rendant responsables de leurs malades tous les tenant-maisons avec des amendes proportionnées au mal produit et garanties par un cautionnement.

Ces mesures ont évidemment pour but de soustraire cette partie importante des délits à l'arbitraire de la police, mais comment discuter publiquement et apprécier les mille détails honteux de ces actes? Ce n'est pas de reconnaître légalement une profession nécessaire qui doit empêcher de soumettre ces délits à la loi commune, puisque les crimes qui en résultent lui sont chaque jour soumis, c'est dans le mode de les apprécier et de les juger que gît la difficulté pour ne pas blesser la morale publique. Si peu respectables que soient les individus qui exercent la prostitution, il faut que ceux qui ont des droits civils puissent les exercer aussi bien que ceux à qui il ne répugne pas de se servir de cette même plaie sociale. Refuser cela, c'est faire du sentimentalisme pour la loi qui, par ce fait même qu'elle est la loi, n'en a pas besoin. Les Anglais l'ont bien compris en réglementant la prostitution.

La syphilis dans ses rapports avec le traumatisme. Thèse

inaugurale par le docteur L.-H. Petit; in-8° de 104 pages. Paris. Développement de cette idée, émise par M. Verneuil et appuyée sur des faits, que le traumatisme peut réveiller la syphilis à l'état latent et contribuer à son évolution. Enseignement utile à connaître pour distinguer les symptômes et leur opposer un traitement efficace.

On cite comme exemple cette rhinoplastie pratiquée par Delpech, en 1821, sur un individu dont le nez avait été détruit par une ulcération syphilitique. En six ou sept semaines, la cicatrisation était complète; mais, dix mois après, elle devient douloureuse, les tissus s'engorgent, un bouton pousse sur la cicatrice et s'ulcère. Six mois après, le célèbre chirurgien revoit son opéré, diagnostique une récidive, donne le mercure et guérit son malade après un traitement de neuf mois.

Mais les récidives de la syphilis comme celles du cancer, *in situ*, ne sont pas rares sans traumatisme. Qui dit que ce malade était bien guéri? L'action du traumatisme n'est donc pas plus évidente là qu'ici. Un homme entre à Lariboisière pour un écrasement du gros orteil du pied droit. Il sort guéri six semaines après, mais rentre cinq mois ensuite avec une syphilide généralisée et des végétations sur l'ancienne cicatrice de l'orteil. Il avait un chancre, lors de sa première entrée, qui était resté méconnu et, par suite d'un traitement incomplet, la syphilis avait suivi son évolution naturelle sans que le traumatisme paraisse l'avoir influencée.

Ces faits comme tant d'autres de fractures, d'abcès, montrent que les lieux de moindre résistance, les tissus de nouvelle formation, comme le cal, les cicatrices, sont de préférence le siége des récidives des affections constitutionnelles ou même de leurs manifestations primitives. C'est ainsi que des tumeurs bénignes dégénèrent et deviennent malignes chez les individus diathésés. Mais il ne s'ensuit pas que le traumatisme réveille une syphilis endormie, latente; rien n'est démontré à cet égard.

Syphilis maligne galopante. *Étiologie.* En opposition avec la marche ordinaire de la syphilis, cette forme, heureusement fort rare, en offre le contraste complet. Elle se présente aux deux limites ou périodes extrêmes de l'évolu-

tion syphilitique, c'est-à-dire au début du chancre infectant primitif et après les accidents constitutionnels diathésiques. Elle est donc précoce ou tardive, primitive ou consécutive. Et, dans les deux cas, la même cause peut y donner lieu. C'est, d'après M. Guibout, le défaut ou la cessation du traitement spécifique, alors que le virus est en puissance sur un organisme affaibli, détérioré par le travail, les privations, les mauvaises conditions hygiéniques ou les plaisirs. Deux exemples lui ont fourni le sujet d'une intéressante leçon à cet égard.

Une couturière de vingt-six ans, lymphatique et anémiée, travaillant beaucoup, mal nourrie et mal logée, contracte des chancres mous primitifs qu'elle ne soigne pas. Après douze à quinze jours, l'un d'eux, situé à la fourchette, se phagédénise et, en voyant les accidents augmenter, la malade entre à l'hôpital Saint-Louis. On trouve quatre chancres placés en regard à la partie inférieure et externe des grandes lèvres dont un à base manifestement indurée. Une vaste ulcération chancreuse, irrégulière, à bords tranchants et fond grisâtre, avait détruit l'entrée du vagin et largement entamé la face interne des deux grandes lèvres et la cloison recto-vaginale.

Vingt jours environ après son entrée, soit six semaines après le début des accidents, apparaissent des bulles, des ulcérations et des croûtes de rupia sur le cuir chevelu, le front, les joues, le nez, le dos et les cuisses, avec fièvre, perte de sommeil et d'appétit par la suppuration infecte des ulcérations et des plaies qui constellent la surface cutanée.

L'autre exemple est celui d'un jeune officier qui, après un chancre infectant, vit se succéder, aux époques habituelles, une roséole et une syphilide papuleuse. Un traitement spécifique régulier fit bientôt disparaître ces accidents cutanés, et la santé générale était dans l'état le plus satisfaisant lorsqu'il quitta Paris.

Malgré la prescription de continuer son traitement et une hygiène sévère, il cessa toute médication et, se croyant guéri, se livra à tous les excès des plaisirs immodérés et une hygiène désordonnée, avec les fatigues inhérentes à son service militaire de la cavalerie. Ses forces déclinèrent bientôt, l'appétit se perdit et la fièvre survint. Puis de graves

lésions de rupia apparurent sur la peau et, deux mois après son départ, il revenait à Paris méconnaissable, amaigri, les forces complétement dégradées, pouvant à peine se soutenir et quitter son lit, avec fièvre intense et continue, inappétence absolue, vomissements, insomnie persistante, vaste ulcération pharyngienne, et de nombreuses ulcérations et croûtes de rupia au cuir chevelu, sur le front, les joues, l'avant-bras gauche, les cuisses et les lombes.

Mais ces deux exemples sont suivis d'un troisième qui contredit entièrement cette étiologie si simple de ces accidents formidables et effrayants de la syphilis maligne galopante. C'est un douanier fort et vigoureux de vingt-cinq à trente ans qui, atteint d'un chancre primitif du prépuce, fut traité régulièrement par le docteur Renault. Les mêmes accidents ne se développèrent pas moins que chez les deux précédents malades, sans que la même cause puisse être invoquée. Ou cette cause n'est pas la vraie, ou elle n'est pas la seule, comme il est facile de s'en convaincre. Une intoxication spéciale, une imprégnation plus intense du virus ou une action particulière sur certains organismes prédisposés peuvent donc être invoquées également.

Quoi qu'il en soit, ce n'est pas en se bornant à recourir aux spécifiques que l'on combat ces accidents aigus avec avantage. Les émollients locaux, les toniques, l'air, le soleil, la propreté, la désinfection, sont les premiers moyens à employer, et ce n'est que secondairement et peu à peu qu'il faut recourir au mercure et à l'iodure de potassium. C'est ainsi que ces trois malades, si gravement atteints et horribles à voir, ont également guéri. (*Union méd.*, nos 61 et 62.)

Syphilides papulo-hypertrophiques. *Cautérisation mixte.* En recourant au mode de cautérisation avec le nitrate d'argent et de zinc (voy. *année* 1874), inauguré par le professeur Corradi contre les syphilides exubérantes, M. Chéron a obtenu de remarquables succès à Saint-Lazare. 18 malades traitées par ce moyen ont mis en moyenne neuf jours à guérir, alors que 23 malades, traitées par le nitrate acide de mercure, n'étaient guéries qu'après vingt-neuf jours, et que 26 malades traitées par le repos, les bains et les pou-

dres inertes, ne l'étaient qu'en cinquante-trois jours en moyenne. On ne peut donc mieux démontrer l'efficacité d'un pareil traitement.

Suivant l'auteur, c'est à l'argent mis à nu par la combinaison de l'acide azotique avec le zinc qu'il faudrait attribuer cette efficacité. Mais M. Aubert, le chirurgien en chef désigné de l'Antiquaille de Lyon, objecte que le chlorure qui se forme immédiatement et se combine avec le zinc ainsi que le nitrate, sont des caustiques actifs qui ont une action bien plus certaine que l'argent. Il suffirait, pour décider la question, de cautériser simplement la plaie avec l'acide nitrique au lieu de nitrate d'argent, avant de passer le crayon de zinc. Si la même efficacité se produit, on ne saurait plus l'attribuer à l'argent. Pour plus de sûreté et de facilité, on peut même employer le nitrate de zinc, qui est un caustique actif qui ne salit ni ne tache, et moins cher que le nitrate d'argent. Il se coule de même en crayon facile à employer. (*Lyon méd.*, n° 42.)

C'est donc un essai à tenter.

Syphilis osseuse des nouveau-nés. *Distinction avec le rachitisme.* D'après l'étude de cinquante faits, très-scrupuleusement observés au point de vue clinique et anatomo-pathologique, de nouveau-nés présentant des lésions syphilitiques évidentes de la peau ou des viscères, M. Parrot a constaté les lésions suivantes, selon les âges.

Chez les enfants de huit jours, l'évolution s'étant faite pendant la vie intra-utérine, de véritables ostéophytes, d'un jaune maïs, étaient groupés autour de la diaphyse d'un os long à fibres perpendiculaires à celles de l'os. Les cartilages ne sont pas malades, mais l'épaisseur de la couche chondroïde est très-diminuée.

De cinq à six semaines jusqu'à trois mois, les lésions précédentes sont atténuées. C'est la dégénérescence gélatiniforme. Des taches irrégulières, jaunâtres, formées par une substance gélatiniforme, qui prend la place du tissu spongieux atrophié, se voient près de la couche chondro-calcaire. En se desséchant, cette substance gélatiniforme disparaît et laisse comme une ulcération de l'os.

A cette forme se rattache la pseudo-paralysie syphilitique des nouveau-nés. La lésion augmentant, l'os se brise

dans le tissu spongieux de la diaphyse et l'enfant ne peut remuer son membre.

De cinq à six mois, le mal se localise avec le temps, et l'on ne retrouve plus les lésions qu'à la partie inférieure de l'humérus où il faut les étudier. La couche ostéophytique se borne là. La moelle envahit le tissu spongieux qui devient moins dur, et le tissu ostéophytique croissant toujours, l'os acquiert ainsi un volume double et est très-mou. La couche chondroïde est moins nette et les ostéoplastes prolifèrent comme dans le rachitisme.

Plus tard, une nouvelle couche de tissu spongoïde, presque fibreux, recouvre les ostéophytes, comme dans le rachitisme. Ce tissu se développe vers le cartilage aux autres extrémités et la médullisation tend à les envahir de plus en plus.

Si, dans les deux premiers degrés, les lésions sont bien caractéristiques, il n'en est pas de même des deux autres. Les trois éléments constituant le rachitisme : tissu spongoïde, médullisation, décalcification, se retrouvent également. La dégénérescence gélatiniforme forme la différence caractéristique de la syphilis, et le tissu spongoïde, dont on a fait le signe distinctif du rachitisme, se retrouve dans la syphilis, mais beaucoup plus dense. Il n'est donc possible de distinguer l'un de l'autre que par les lésions cutanées concomitantes.

C'est ainsi que M. Parrot a pu juger que les lésions osseuses signalées, de la naissance à cinq à six semaines, étaient syphilitiques et non pas rachitiques. Un seul enfant les a présentées sans lésions viscérales ni cutanées. Plus de deux cents nouveau-nés examinés sans ces lésions n'ont présenté aucune trace de lésion osseuse du rachitisme. C'est donc seulement par les lésions osseuses, cutanées et viscérales, que l'on peut distinguer la syphilis. En se confondant plus tard avec les lésions osseuses attribuées au rachitisme, on ne saurait dire, ajoute M. Parrot, si les traces de la syphilis disparaissent pour ne laisser que celles du rachitisme. En tout cas, elles seraient originaires de la syphilis, car le rachitisme ne paraît pas congénital dans ses lésions. (*Soc. de chir.*, août.)

T

TÆNIA. *Graine de courge.* Quelle est la partie active de ce tænifuge traditionnel remis en honneur? M. Heckel l'a déterminé de la manière suivante. Après avoir débarrassé la semence de son enveloppe blanche, il a séparé l'amande de la pellicule verdâtre ou endoplèvre qui la recouvre. De 200 grammes, qui est la dose habituellement employée, l'embryon ainsi débarrassé pesait 183 grammes. Mis en pâte avec du sucre, il a été administré à deux malades atteints de tænia bien constaté et suivi d'huile de ricin, sans que l'entozoaire ait été rendu.

Les 17 grammes d'endoplèvre mis en réserve, réduit également en pâte avec du sucre, ont été donnés à deux autres malades atteints de tænia avec cette seule différence que 16 grammes d'huile de ricin furent donnés deux heures avant, et autant trois heures après l'ingestion de la pellicule verte. Le ver tout entier fut rendu.

C'est donc cette pellicule seule qui est active. Elle est constituée par deux membranes intimement unies. La première contient une quantité de résine assez appréciable, 1 gramme, qui paraît être l'agent actif. L'autre contient plus de chlorophylle que de résine. C'est ainsi que l'huile de ricin, donnée préalablement, sert de dissolvant à ce principe tænifuge qui mérite ainsi d'être bien étudié. (*Acad. des sc.*. août.)

Il y aurait même antagonisme, suivant le docteur Dresch, entre l'action de cette pellicule et le kousso sur le tænia. Le ver expulsé sous l'action de celui-ci est toujours en relâchement et dans un collapsus absolu, tandis qu'il est tétanisé au contraire à la suite de l'administration des graines de courge. D'où il conclut que l'action étant opposée se neutraliserait et serait nulle. Mais c'est là une supposition à vérifier. (*Union méd.*, n° 125.)

TEMPÉRATURE. *Action de la fièvre.* De même que Heidenhain a observé que la température s'abaisse par l'action de la douleur sur l'animal sain, et reste sans action sur l'animal fébricitant, M. Cl. Bernard a constaté que de

fortes doses d'opium diminuaient la température du sang veineux chez l'animal sain, tandis qu'il n'en est rien dans l'état fébrile. La fièvre empêche donc l'action frigorifique de l'opium, comme celle de la douleur. C'est parce que la fièvre, dit-il, est un phénomène nerveux en rapport avec une action vaso-dilatatrice. (*Association française*, 1875.)

Un fait qui renverse toutes les données acquises sur la chaleur animale a été observé par M. W. Teale et relaté à la Société clinique de Londres dans sa séance du 26 février. Il s'agissait d'une jeune fille qui, renversée de cheval, avait subi des contusions de cet animal sur un chemin rocailleux. Relevée sans connaissance et plongée dans le collapsus, elle présenta des contusions multiples à l'examen et une fracture des cinquième et sixième côtes gauches.

Tout allait au mieux un mois après, lorsqu'une violente douleur se déclara au niveau de la sixième vertèbre dorsale que le consultant jugea être symptomatique d'une inflammation subaiguë des ligaments spinaux. Il y avait des contractions spasmodiques des membres inférieurs. La température s'éleva graduellement de 39°,8 à 51 centigrades, soit 124 Fahr. avec un pouls à 120, petit, filant.

L'état se maintint à une température extrême du 14 au 16 novembre et, malgré tous les accidents consécutifs pendant le mois qui suivit avec une température élevée, celle-ci s'abaissa graduellement et permit un rétablissement complet malgré une rechute de la douleur du dos avec élévation de la température de 40°,4 à 43°,3 pendant une semaine.

Que penser de la compatibilité de la vie avec une température si élevée, alors que la mort est réputée infaillible à 44°,2. Faut-il admettre que cette chaleur n'était qu'externe comme le pouls semble l'indiquer? Il n'est guère possible d'expliquer autrement la conservation de la vie et la guérison. (*Lancet*, n° 10, mars, et *Gaz. hebdom.*, n° 12.)

Température de l'oreille et de l'utérus. — Voy. *ces mots*.

TENDONS. Dans l'impossibilité d'en pouvoir saisir l'extrémité centrale après une section récente de tous les fléchisseurs de la main, par suite de la rétraction des muscles

correspondants, M. Le Fort comprima fortement les masses musculaires de la région antérieure de l'avant-bras et vit alors les tendons faire hernie hors de leur gaîne. Il put ainsi les prendre successivement et les suturer à chacun des bouts périphériques qui par leur grosseur semblaient leur correspondre. Le blessé sortit guéri de l'hôpital et pouvant fléchir tous les doigts. Cet artifice ingénieux n'est donc pas à négliger en pareil cas. (*Soc. de chir.*) — Voy. Greffe tendineuse.

TÉTANOS. En médecine vétérinaire, le tétanos est souvent combattu efficacement chez l'étalon par la saillie, quand elle est possible, comme moyen thérapeutique. C'est une ressource très-rationnelle, dit M. Bouley, car l'état d'épuisement nerveux qui suit le coït est une condition favorable pour contre-balancer l'influence de la cause inconnue d'où le tétanos procède et dont l'induction autorise à placer le siége dans le système nerveux. Un nouveau et éclatant succès en est relaté à la Société centrale de médecine vétérinaire qui peut encourager l'essai de ce procédé concurremment avec les autres calmants. La castration est employée de même. (*Recueil de méd. vétér.* juillet.)

Si ces moyens ne peuvent être tentés dans l'espèce humaine, ils indiquent du moins la voie à suivre pour arriver à ce but. La névrotomie est dans ce cas.

Calme absolu. Vanté par le docteur de Renzi, comme le moyen le plus efficace. D'après son expérience sur les animaux, le repos absolu, l'éloignement de tout excitant, rend le tétanos plus lent et moins grave. Sur trois malades exclusivement traités ainsi, deux ont guéri. La chambre doit être complétement obscure et isolée, sans bruit ni excitation quelconque, même celle qui résulte de l'administration des aliments et des boissons. (*Gazz. med. Venete.*)

Extrait de fève de Calabar. Par l'excitation spéciale qu'il a sur la fibre musculaire striée et lisse, et son action paralysante sur les plaques terminales des nerfs moteurs, cet agent médicamenteux est naturellement indiqué dans le tétanos. Il a réussi à très-haute dose chez le professeur O'Leary, membre du Parlement anglais pour l'Irlande. A

la suite d'une blessure de jambe, il fut pris de spasmes musculaires avec immunité des muscles de la partie supérieure de la poitrine et ceux des mâchoires. Ce n'était donc qu'une forme amoindrie du tétanos. L'emploi de 1gr,50 de chloral avec 50 centigrammes de laudanum n'ayant pas diminué ces spasmes, le professeur de thérapeutique à *University college*, Sydney-Ringer, prescrivit de prendre 18 milligrammes d'extrait de fève de Calabar de quart en quart d'heure.

Dès que 25 centigrammes furent absorbés, l'agitation diminua, et les accès se ralentirent; avec 54 centigrammes, le sommeil arriva.

On continue l'emploi du chloral et du laudanum; mais un accès d'une violence extrême le lendemain matin, avec trismus, opisthotonos et suffocation, fait reprendre immédiatement la dose primitive de fève de Calabar. On la triple bientôt devant la persistance des accidents et le mieux n'arrive qu'après l'absorption de 23,16. Il y a alors des phénomènes de paralysie générale avec contraction intense des pupilles, vomissements et douleurs intestinales.

On le suspend et on en reprend alternativement l'emploi les quatre jours suivants, du 15 au 19, jusqu'à la cessation des accidents. (*Bull. de thérap.*)

Si remarquable que soit ce résultat, on se demande s'il est dû à ces doses toxiques d'un médicament aussi dangereux, et s'il serait permis d'en renouveler ainsi l'emploi chez un malade qui ne serait pas médecin. Ce sont là des doses de cheval, qui peuvent seulement être administrées à cet animal.

Sulfate d'ésérine. M. Th. Anger a agi avec plus de précision en employant ce sel contre les contractures musculaires. Il les diminua très-notablement, en effet, et le malade était presque guéri lorsque 8 grammes de chloral, administrés par la femme, déterminèrent un empoisonnement mortel immédiat. De là le danger de les employer simultanément, surtout à si haute dose. (*Soc. de chirurg.*, mai.)

THÉRAPEUTIQUE. *Principes de thérapeutique générale* ou le médicament étudié aux points de vue physiologique.

physiologique et clinique, par Fonssagrives, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. Paris. Exposition plutôt philosophique que pratique, appuyée sur un vitalisme progressif, de l'emploi et de l'action des médicaments. Leurs associations, leurs incompatibilités, leurs antagonismes sont envisagés et appliqués à ce point de vue aussi bien que la tolérance et l'intolérance médicamenteuses ; l'apathie, l'assuétude, l'accumulation et l'éréthisme, etc., etc.

Une nouvelle classification originale des médicaments, fondée sur leur action principale, est la partie dominante du livre, qui forme comme une introduction à la thérapeutique appliquée. Il les divise en trois grandes classes : médicaments *étiocratiques*, s'adressant à la cause des maladies comme les neutralisants des diathèses, des miasmes, des virus, des venins, etc. ; médicaments *physiologiques* suscitant dans les fonctions des changements d'une direction, d'une mesure et d'une durée calculables, comme les modificateurs de l'action nerveuse, de l'activité circulatoire, de l'état du sang ; et les médicaments *nosopoiétiques* provoquant une pathologie artificielle et temporaire, donnant une meilleure tendance curative aux opérations morbides spontanées : tels sont les hypérémiants, les phlogogénétiques, pyrétogéniques, pyogénétiques, exanthématiques, etc., etc.

On peut juger par cet exemple de l'utilité de l'œuvre. Elle est rehaussée par le style facile, élégant de l'auteur ayant toujours le mot propre ou figuré ; mais il en est aussi l'écueil, car, par cette diction abondante, imagée, l'ouvrage a acquis des proportions démesurées.

Traité de thérapeutique médicale, ou Guide pour l'application des principaux modes de médication à l'indication thérapeutique et au traitement des maladies, par le docteur A. Ferrand, médecin des hôpitaux. Un volume in-18 jésus de 800 pages.

De l'abus en thérapeutique, thèse de concours pour l'agrégation en médecine par le docteur H. Liouville, chef de laboratoire de la Faculté à l'Hôtel-Dieu ; grand in-8° de 77 pages, Paris, librairie *Germer Baillière*. Ce n'est pas sur un sujet si vaste et qui demanderait une revue complète de l'histoire de la médecine, pour être traité complétement,

qu'une thèse peut être faite en dix jours. Aussi l'auteur, loin d'entrer dans les détails, n'a vu son sujet que d'une manière générale en signalant seulement les faits principaux et qui sont à peu près connus de tout le monde : l'abus des purgatifs, des saignées, du quinquina et de tous les systèmes thérapeutiques. Il aurait pu montrer ainsi aujourd'hui l'abus des toniques comme celui du bromure de potassium, du chloral et de tant d'autres médicaments à la mode que l'on emploie sans poids, ni mesure, ni indications, et que l'on délaisse de même, la triméthylamine par exemple.

En se tenant dans les généralités, M. Liouville a eu soin d'indiquer, dans le passé comme dans le présent, les maîtres qui ont surtout rapporté les exemples les plus saisissants des abus en thérapeutique. Sa thèse peut, à cet égard, guider ceux qui voudront traiter ce sujet plus amplement. Il a montré, par cette leçon de thérapeutique générale, qu'il connaissait son sujet, et qu'il était capable de le développer; c'était tout ce qu'il pouvait faire. Ses juges en ont tenu compte et l'ont justement élu.

L'action physiologique des médicaments peut-elle devenir la règle de leur emploi thérapeutique? par le docteur Debove, répétiteur au laboratoire du Collége de France. In-8°.

THORACENTÈSE. Elle est surtout indiquée dans les pleurésies séro-fibrineuses, d'après M. Martineau. Sur 19 cas où il l'a employée du 3e au 33e jour, la disparition de l'épanchement a eu lieu 14 fois après une seule ponction, et 5 fois seulement il en a fallu une seconde. Tous les opérés ont guéri.

Dans les autres cas, elle réussit parfois si les malades ne sont pas tuberculeux. Elle n'active cependant pas le mal chez ceux-ci. (*Union méd.*, 1874.) — Voy. ÉPANCHEMENTS.

A l'autopsie d'un homme mort d'une pleurésie hémorrhagique ayant nécessité des ponctions répétées, le docteur Prévost trouva la plèvre tapissée de fausses membranes du poids de 790 grammes et, au niveau des ponctions, une tumeur que l'examen montra être un sarcome qui se serait développé selon l'auteur sous l'influence du traumatisme des ponctions (*Soc. de biologie*, 1er mai). N'est-il pas plus clinique d'admettre que cette tumeur était primitive et

qu'elle a pu elle-même donner lieu à l'exsudation sanguine dans la plèvre? Le foie très-volumineux à l'entrée du malade permet au moins cette supposition. — Voy. PLEURÉSIE.

Augmentation de température. De même qu'il avait constaté, par l'étude comparative de 43 cas de pleurésie, une élévation de température du côté malade, M. le docteur Jobé-Duval s'est assuré aussi que, dans les cas de thoracentèse, la température s'élève de 4 à 6 dixièmes de degré du côté ponctionné. C'est donc une raison de plus pour ne pratiquer celle-ci qu'après l'évolution complète de la pleurésie et lorsqu'il y a urgence. (*Thèse de Paris*, nº 165.)

Complications. Selon M. Fabre, l'absence de toux et d'expectoration albumineuse, pendant et après l'exécution de la thoracentèse, ainsi que le défaut de murmure vésiculaire, sont des signes de l'imperméabilité du poumon et d'une prompte récidive de l'épanchement. Que le poumon soit emprisonné dans des fausses membranes, qu'il soit hépatisé ou induré, l'absence de ces symptômes doit faire porter un pronostic grave et la mort par syncope surtout si l'épanchement siége à gauche.

Mort subite. Les complications se révèlent plus nombreuses, graves et variées, à mesure que l'emploi de cette opération se vulgarise avec les instruments aspirateurs. Deux cas de mort subite, relatés plus loin, ont soulevé une nouvelle discussion à cet égard à la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, dans laquelle M. Raynaud, vu la diversité des accidents, a établi une distinction consistant à les classer selon qu'ils se produisent avant, pendant ou immédiatement après l'évacuation du liquide ou après un temps plus ou moins éloigné de l'opération. C'est, en effet, un moyen simple d'en distinguer la cause. On n'ira pas attribuer aux effets ordinaires de l'issue du liquide une mort arrivant pendant la piqûre du trocart ou l'incision préalable de la peau, comme M. Raynaud en a lui-même rapporté un cas, en l'attribuant à la douleur et à l'action réflexe qui en est la conséquence.

M. E. Besnier attribue ainsi à la syncope la mort subite

arrivée chez une malade de la ville, âgée de quarante-trois ans, atteinte d'un épanchement pleurétique à droite dont le développement anormal inspirait des craintes dès le début au médecin traitant. La dyspnée augmentant malgré les vésicatoires et les diurétiques, la thoracentèse est pratiquée par M. E. Besnier, le 21 juin, avec le trocart n° 2 de l'appareil Mathieu. Un pus sanieux, d'une horrible fétidité, n'apparaît qu'après quelques secondes nécessaires à la désobstruction de la canule. Il s'en était écoulé à peine 300 à 400 grammes lorsque la malade, sans bouger et les yeux ouverts, pâlit et reste sans mouvement respiratoire ni autre. Le pouls cesse et, malgré tous les excitants employés, la mort se confirme.

M. E. Besnier admet que la douleur de la ponction, bien que n'ayant pas été accusée, a pu déterminer la contraction et l'arrêt du cœur, de même que dans la ponction des kystes du foie (voy. *ce mot*). L'état de faiblesse de l'opéré en serait la cause efficiente. Mais c'est là une simple supposition qui reste à justifier (*Soc. méd. des hôpitaux*, juin, et *Union méd.*, n°s 76 et 78). En effet, les expériences de Chossat sur la tourterelle et celles toutes récentes de Tarchanoff sur les grenouilles, qui lui servent d'appui, ne sont rien moins que concluantes, car il a suffi de les répéter sur le chien pour qu'elles restent négatives (voy. Cœur). La gangrène probable du poumon donne une explication bien plus plausible à cette mort subite par syncope.

Cette théorie de l'influence de la douleur est d'autant moins admissible que dans un cas à peu près semblable, arrivé à M. Legroux, il la rejette complétement. Un détenu de cinquante-deux ans fait une chute sur le côté gauche de la poitrine. Après quinze jours passés à l'infirmerie, sans que l'on reconnût de fracture de côtes, il reprit son travail, mais, deux semaines après, une pleurésie se déclarait dans le côté contusionné. Une sensation de craquement s'y faisait sentir dans les efforts de toux. Après quelques semaines de traitement par les révulsifs, l'épanchement était si abondant que le malade fut transporté à l'infirmerie centrale.

C'était le 3 juillet dernier, un mois environ après le début de la pleurésie et deux après la chute. M. Legroux pra-

tique, dès le lendemain, la thoracentèse, en raison de la dyspnée, de la cyanose, de l'abondance de l'épanchement et surtout du déplacement du cœur qui était fortement refoulé vers la droite. 2000 grammes de sérosité citrine trouble, légèrement rosée, sont extraits et, dès que la toux devient continue, on retire la canule. La toux persiste pendant un quart d'heure; deux crachats écumeux d'un blanc rosé sont rendus, et l'opéré se dit très-soulagé. Mais trois quarts d'heure ne s'étaient pas écoulés que le malade, demandant à boire, se sent faible, se renverse sur son lit et expire après deux ou trois mouvements des bras.

L'autopsie ne montra aucune cause de cette mort subite; deux litres de sérosité existaient dans la plèvre, rouge et tapissée de fausses membranes, et le poumon gauche, pas plus gros que le poing, était retenu par des adhérences. On constata trois fractures de côtes qui n'avaient pas été découvertes.

Au lieu d'invoquer la douleur comme cause de la syncope mortelle, c'est dans l'anémie cérébrale produite par l'afflux du sang dans le poumon dilaté que M. Legroux trouve cette cause. Mais M. Desnos, dans son rapport, en démontre péremptoirement l'impossibilité par le peu de développement du poumon comprimé et de la congestion même du quatrième ventricule du cerveau trouvée à l'autopsie. Une congestion du poumon droit, c'est-à-dire du côté opposé à la pleurésie, comme il en a déjà observé un cas, lui paraît bien plutôt la cause de cette mort subite. C'est montrer qu'il y a autant de causes invoquées que d'observateurs.

Quant à accuser la pluie séreuse qui se fait à la surface de la plèvre lorsque le liquide est extrait trop rapidement avec les instruments aspirateurs, M. Desnos repousse également cette supposition. Des accidents analogues ont eu lieu avec la baudruche. L'extraction du liquide peut d'ailleurs être ralentie à volonté avec les aspirateurs. Il n'y a donc pas à les accuser. (*Soc. méd. des hôp.*, août, et *Union méd.*, n° 122 et suiv.)

C'est cependant à cette cause qu'il faut rapporter la mort subite par asphyxie observée par le docteur E. Legendre après plus de 20 succès obtenus à l'aide de l'aspirateur Dieulafoy, depuis deux ans, sans le moindre accident. Le

chef de culture d'une vaste exploitation agricole le consulte pour une douleur à l'épigastre augmentant après les repas et à la pression. Digestion facile. Il tousse fréquemment, surtout la nuit, depuis une quinzaine de jours qu'il s'est refroidi. Malgré l'oppression et un peu de fièvre, il n'a pas interrompu ses travaux.

L'examen constate un épanchement considérable du côté gauche. Des vomitifs et plusieurs larges vésicatoires, la digitale associée au calomel et la scille, des badigeonnages d'iode n'eurent aucun succès. L'épanchement augmentant avec la dyspnée, M. Legendre, plein de confiance dans la thoracentèse, proposa cette opération comme sans danger et rapidement curative. Trois litres d'un liquide fortement rosé et trouble furent extraits avec l'aspirateur Dieulafoy sans qu'une seule bulle d'air se fût introduite. L'écoulement avait duré une demi-heure et l'opéré se sentait soulagé malgré quelques quintes de toux. La sonorité avait reparu dans le côté. Le malade fut recouché, lorsqu'il se sentit aussitôt mal, une dyspnée croissante survint avec écume bronchique épaisse, peu aérée, obstruant la trachée, et arrivant à pleine bouche ; la face se cyanosa ainsi que les mains, et, en cinq minutes, le malade succombait asphyxié. (*Gaz. des hôp.*)

Ce résultat fatal de l'hypersécrétion bronchique ou expectoration albumineuse n'est pas le premier, et c'est pour le prévenir que M. Hérard a proposé la soustraction lente et même en plusieurs temps du liquide. Evidemment, il est toujours dangereux pour sa réputation de manifester une confiance absolue dans une opération aussi grave et dont les conséquences ne peuvent jamais être exactement prévues. Une sage réserve convient donc toujours, surtout en ville.

Urémie. Les accidents et la mort peuvent en être provoqués par la thoracentèse, comme le prouve le fait suivant. Ayant pratiqué cette opération, en février dernier, chez un homme d'une soixantaine d'années, pour un épanchement gauche avec refoulement du cœur, dyspnée extrême, souffle cardiaque, urine albumineuse, œdème des extrémités inférieures, qui en avait éprouvé une guérison rapide, M. Raynaud fut appelé à la pratiquer de nouveau, le

21 avril suivant, chez le même individu, pour une rechute survenue six semaines après. Il y avait de la fièvre. La ponction donna un litre un quart de liquide un peu sanguinolent, sans vider complétement la plèvre. Le murmure respiratoire reparut aussitôt, mais le soulagement ne fut pas marqué comme la première fois. Dès le lendemain parurent des vomissements bilieux, fréquents, avec somnolence continue, température à 36°,9. Le strabisme survint à l'œil droit le 23, plus une cécité complète avec resserrement des pupilles; mouvements convulsifs des lèvres. Anurie; le cathétérisme donne à peine une demi-cuillerée d'urines fortement albumineuses. Frottement péricardique. 10 respirations par minute. Température à 36°,2.

Le coma se prononça de plus en plus, et, le 24, le malade succombait.

Sans doute, de profondes lésions rénales existaient, comme les urines albumineuses le décelaient; mais il n'en est pas moins évident que la thoracentèse a été la cause déterminante de l'éclosion des accidents urémiques et de la mort qui en a été la conséquence. Que l'abaissement de la pression artérielle résultant de la brusque déplétion de la plèvre ait amené une diminution de la sécrétion urinaire, et la rétention dans le sang des matériaux excrémentitiels de l'urine, toujours est-il qu'il est utile d'examiner l'urine avant la thoracentèse, et, en cas d'albuminurie, prévoir ce qui peut arriver comme dans le cas actuel. (*Union méd.*, n° 140.)

Convulsions épileptiformes. Observées à la suite d'injections détersives pratiquées dans la plèvre après la thoracentèse et l'empyème par M. Raynaud, chez deux hommes jeunes, vigoureusement constitués, atteints d'une pleurésie purulente d'emblée, et chez lesquels une première thoracentèse fut suivie rapidement de la reproduction de l'épanchement. Une amélioration considérable avait suivi le drainage employé chez le premier, et l'empyème chez le second, lorsque, la guérison paraissant prochaine et la cavité pleurale étant très-rétrécie, des convulsions éclatent inopinément au moment même où l'on pousse une injection dans la plèvre. Les malades pâlissent, s'affaissent ou tombent à la renverse; le pouls cesse ainsi que la respiration, ou deviennent imperceptibles. Chez le second, des convul-

sions ont lieu aussitôt dans les membres inférieurs avec tremblements des lèvres. On ouvre les fenêtres et l'on pratique la respiration artificielle. Chez le premier, au contraire, après une minute environ de mort apparente, la résurrection se manifesta par des convulsions saccadées des membres, du trismus et de l'opisthotonos. La face s'injecte et devient livide, lèvres violettes, noires, écume sanguinolente; thrombus énorme des paupières supérieures, perte de connaissance et de sensibilité; émission involontaire d'urines et de matières fécales; puis, après un quart d'heure de cet état, survient le stertor et le coma pendant trois quarts d'heure, et ce n'est qu'après une heure que la connaissance revient, mais avec paralysie du bras droit. Les convulsions se renouvellent dans la journée avec coma consécutif, mais en diminuant d'intensité pour disparaître complétement ainsi que la paralysie, conséquence de la congestion cérébrale. Il se rétablit même assez complétement pour retourner dans son pays; mais l'épanchement se reproduisit et l'opéré succombait dans l'hectisie, environ deux ans après, sans aucun autre phénomène du système nerveux.

L'opéré de l'empyème revint à lui lentement, comme d'une syncope, sans reconnaître personne ni savoir où il était. Il s'aperçoit bientôt qu'il ne voit plus clair. Les yeux sont fixes, les pupilles dilatées. L'examen ophthalmoscopique révèle des signes d'ischémie papillaire avec absence de battements artériels. Ils ne reparaissent que le lendemain dans la veine centrale de la rétine.

Le malade était remis le soir, sans y voir plus clair, lorsque, en lavant de nouveau la cavité pleurale il s'affaisse sur lui-même, tombe en syncope, avec battements lents et faibles du cœur, insensibilité complète de la peau et des conjonctives, trépidation convulsive des lèvres et de toute la face, puis convulsions toniques, puis cloniques des membres, trismus, déviation conjuguée des yeux à droite, rétrécissement extrême des pupilles, sueurs profuses. Après une demi-heure, la résolution se manifeste, stertor avec écume à la bouche, comme à la suite d'un accès épileptique, puis coma, interrompu par une suite d'accès épileptiformes bien caractérisés à la suite desquels la mort survient douze heures après le début des accidents.

L'autopsie, en montrant un cœur volumineux et des adhérences pleurales, ne révéla aucune lésion du cerveau pour expliquer la mort.

Comment donc expliquer ces convulsions et la mort dans ces cas ? La congestion pulmonaire ou quelque lésion locale ne pouvant être invoquées, M. Raynaud ne voit encore là qu'une syncope déterminée par action réflexe chez des sujets prédisposés avec convulsions épileptiformes. Mais ce sont là des explications théoriques qui n'avancent guère la question et le salut des malades. Ce qui importe, c'est de ne faire ces injections qu'avec prudence et circonspection, et de s'abstenir de les pousser avec force à la moindre résistance. (*Union méd.*, n°s 137 à 140.)

Ces faits ont été corroborés par M. Brouardel qui a vu des accidents semblables se montrer chez un enfant, à la suite de la thoracentèse, sans qu'aucun antécédent morbide de nature épileptique pût être invoqué.

Tout en considérant ces convulsions comme assez rares, M. Vallin les a aussi observées chez un jeune militaire de vingt-deux ans, entré au Val-de-Grâce le 16 mai 1875 pour une pleurésie aiguë à épanchement moyen. Le traitement classique avait produit une amélioration notable; six semaines après, récidive. Le 27 juillet, thoracentèse qui donne issue à 2500 grammes de pus louable. Quelques jours après, l'épanchement reparaît. M. Laveran pratique l'empyème ; lavages à l'eau phéniquée. Le sixième jour, on faisait l'injection comme de coutume, quand tout à coup le malade est pris de syncope, de convulsions toniques, puis cloniques ; dix attaques en trois quarts d'heure. Pouls insensible, battements de cœur faibles ; opisthotonos qui dure plusieurs heures, et mort.

L'autopsie n'a rien constaté dans les centres nerveux, mais le cœur adhérait au péricarde, et M. Laveran voit dans cette lésion la cause de la mort.

C'est donc là une nouvelle et bien grave complication à ajouter au passif déjà si chargé des accidents de la thoracentèse, mais sans que la cause en soit connue, car, à la syncope et à la congestion pulmonaire déjà invoquées, M. Vallin ajoute l'embolie qui a été constatée, dit-il, dans plusieurs cas de mort subite, après la thoracentèse.

TRANSFUSION. Un nouveau succès en a été obtenu par M. Féréol, à la Maison de santé, chez une nouvelle accouchée, anémique au dernier point. Il n'y avait qu'un million de globules, soit le cinquième environ de la quantité normale. 135 grammes de sang pris sur un infirmier furent transfusés le 14 avril, avec l'appareil Mathieu, dans la veine médiane céphalique. Aussitôt, le pouls, la température et la respiration s'abaissèrent notablement, mais les globules n'augmentèrent que bien lentement, car ils ne s'élevaient qu'à 2 300 000, le 27 avril, et à 3 120 000 le 20 mai à la sortie de l'opérée guérie.

C'est un insuccès, au contraire, qui eut lieu dans un cas analogue, vu également par M. Féréol qui conseilla la transfusion. 90 grammes de sang du mari furent transfusés par M. Moutard-Martin avec le même appareil. C'était comme dernière ressource. Mais l'opérée succomba dix-neuf heures après. (*Union méd.*, n° 67.)

La différence essentielle, dans ces deux cas, c'est que l'anémie était simple, idiopathique dans le premier cas et cachectique dans le second. La transfusion ne peut guère en effet combattre celle-ci et c'est la compromettre, selon M. Moutard-Martin, que de l'employer contre ces anémies constitutionnelles résultant de diarrhées abondantes ou autres états morbides. Il y a des anémies intermédiaires, constitutionnelles, rebelles à tous les toniques et les reconstituants habituels qui pourraient, peut-être, être modifiées et guéries par des transfusions répétées, dit M. Bucquoy. Une jeune fille de vingt-quatre ans, enlevée par une fièvre chlorotique, aurait peut-être été sauvée par ce moyen. Mais la transfusion pratiquée par M. Béhier, sur un homme profondément anémique et sans lésions organiques, comme l'autopsie le démontra, répond à cette espérance. Ce n'est que dans les cas d'hémorrhagies subites et prolongées, et pour renouveler le sang qu'elle est applicable. Tel est le résumé de cette discussion. (*Soc. méd. des hôpitaux*, mai et juin.)

Elle fut fatale chez une femme de quarante-neuf ans, en proie à des métrorrhagies continuelles et abondantes depuis trois ans, par suite de l'existence d'un polype fibreux, gros comme une pomme et remplissant le conduit vaginal avec pédicule dans le col utérin. Apparence cireuse, bouffis-

sure de la face et de tout le corps, tendance au refroidissement, somnolence, syncopes au moindre mouvement, pouls plein à 80, anorexie complète, soif médiocre, pas de vomissements ni de diarrhée, râles fins aux deux bases, rien au cœur.

Malgré l'excision du polype, sans perte de temps, et l'emploi d'une médication ferrugineuse et excitante, l'anémie augmente au point que la transfusion semble le dernier remède. Faite *in extremis* avec l'appareil Mathieu et le sang du mari, une première ondée parvient à peine dans le torrent circulatoire de la malade qu'elle sort de son insensibilité, se redresse un peu, ouvre les yeux et demande le *vase*, puis, après quelques contractions de la face, elle retombe sur l'oreiller, la respiration s'arrête, elle était morte, malgré trois ou quatre respirations ultérieures espacées. (*Union méd.*, n° 47.)

En l'absence de toute autre cause appréciable de mort, le docteur A. Filliette exprime l'avis que l'anémie ancienne, ou plutôt l'hydrémie chronique, comme dans le cas précédent, semble contre-indiquer la transfusion, comme la chlorose constitutionnelle contre-indique la médication ferrugineuse.

A la suite d'une résection du maxillaire supérieur et malgré la ligature de toutes les artères divisées, Max Muller observa une hémorrhagie si abondante, qu'au moment de soulever le patient, opéré dans la position de Rose (voy. Résection), il tomba en syncope. Les irrigations froides, les injections de teinture de musc, etc., rien ne put ramener le pouls que la position des jambes en haut avec une compression élastique. Chaque fois qu'on tentait d'enlever la bande élastique, le pouls disparaissait. Faite à trois reprises éloignées, cette épreuve obligea de recourir à la transfusion ; 240 grammes de sang humain défibriné furent injectés dans l'artère radiale gauche, sans aucune dyspnée. Le pouls s'améliora. Un grand frisson, suivi de sueurs, survint. L'urine ne présenta pas trace de sang.

Le lendemain, le danger de l'anémie aiguë était évanoui, le pouls était très-relevé et l'opéré se sentait bien. Malgré un érysipèle de la face, combattu avec les injections phéniquées, l'opéré guérit. (*Archiv für Klin. chir.*)

Hématurie ou hémoglobinurie. Répétant les expériences du docteur Landois (voy. *année* 1874), en transfusant comparativement au chien le sang de divers animaux, M. Pontick s'est également convaincu que le sang étranger est immédiatement détruit et résolu en ses éléments. L'hémoglobine se trouve ainsi libre dans la circulation, se transforme en partie ou afflue vers le rein qui en est l'organe éliminateur. De là les altérations profondes et caractéristiques de cet organe, les exsudations dans les tubuli, la diminution de la sécrétion et la couleur d'un rouge vineux de l'urine. La moindre hématie en est absente, mais on y constate des quantités extraordinaires d'hémoglobine, d'où le titre d'hémoglobinurie.

Cette coloration de l'urine apparaît en général dans l'espace d'une demi-heure à une heure après la transfusion. Aussitôt la réaction de l'urine devient alcaline et son poids spécifique diminue. Son importance est donc considérable quant au pronostic. C'est un réactif très-précis et très-sensible pour reconnaître le degré de perniciosité d'un sang sur un autre sang. (*Archiv für pathol. und phys.*, t. LXII.)

La pratique des médecins italiens est en contradiction avec ces expériences, à moins que le sang d'agneau, qu'ils sont dans l'habitude de transfuser, n'ait pas sur le sang de l'homme le même résultat que celui des autres animaux. En effet, comme l'avait déjà signalé contradictoirement M. Ponza au congrès d'Imola, — que les urines des sept aliénés sur lesquels il avait opéré la transfusion artérielle directe du sang d'agneau étaient exemptes d'hémoglobine, — il résulte d'une enquête faite chez les divers médecins italiens qui ont répété cette transfusion, que jamais l'hématurie ne s'est présentée. L'investigation *analytique* et *microscopique* des urines des trois aliénés transfusés à l'asile d'Imola, lors de la réunion du congrès, en présence d'un grand nombre d'aliénistes, en n'y montrant pas la moindre trace de sang, est une preuve du peu de fondement de l'assertion *à priori* du professeur allemand.

Cet accident n'est pas noté davantage dans le rapport des docteurs Manzini et Rodolfi sur les 164 transfusions opérées par eux avec le sang animal et humain à 50 aliénés pellagreux ou non, placés dans les asiles de Brescia, du

mois d'août 1874 à août 1875. Aucune des observations ne signale l'hématurie; la guérison des cas les plus graves en est résultée, au contraire, dans un bref délai et s'est maintenue depuis. Mais il faut noter que ce mode de transfusion est bien différent de celui usité en France. C'est à petite dose, et seulement de 6 à 8 grammes chez les femmes, et de 8 à 15 chez les hommes, un peu plus ou moins, que le sang est transfusé. Et cela en raison même de l'état du malade et de la nature de la maladie. Ce n'est pas ici, comme dans l'anémie et après les hémorrhagies, qu'il faut donner un nouveau stimulant au cœur; il ne s'agit que de modifier, reconstituer la composition du sang plutôt que d'en augmenter la quantité. C'est ainsi que chez les sujets pléthoriques, les aliénistes italiens pratiquent préalablement une saignée déplétive avant la transfusion. (*Archivio ital. per le malatie nervose*, novembre.) — Voy. ALIÉNATION MENTALE.

Il semble donc résulter de là que la quantité seule du sang transfusé puisse déterminer l'hématurie. Il est remarquable pourtant, à ce point de vue, qu'une très-légère et fugace hématurie s'est produite à la suite de l'injection du chloral dans les veines, dans un cas, entre les mains de MM. Deneffe et Van Wetter, de même que M. Vulpian l'avait observé chez plusieurs animaux en expérimentation.

Transfusion dans le tissu cellulaire. Un accident arrivé à M. Nicaise semble avoir donné une sanction clinique à ce mode de transfusion, jusque-là seulement employé sur les animaux. En pratiquant une transfusion *in extremis* contre des métrorrhagies abondantes, provoquées par un cancer du col de l'utérus, la canule sortit de la veine par un mouvement intempestif, et 15 grammes de sang furent ainsi injectés dans le tissu cellulaire du pli du bras. L'apparition du thrombus en résultant fit immédiatement cesser l'injection. L'opérée vécut encore six jours sans présenter d'accidents de ce fait et l'autopsie démontra l'absence de tout épanchement. Une injection de sang dans le tissu cellulaire pourrait peut-être constituer un secours puissant à employer dans quelques cas exceptionnels. Les expériences de M. Poncet avec le sang défibriné, ainsi que celles des Allemands, tendent à justifier cette prévision. Mais c'est encore une question *sub judice*.

5 grammes de sang aspirés de la carotide d'un lapin par le docteur Ponza, dans le laboratoire histologique du Collége de France, et injectés aussitôt dans le tissu connectif du ventre d'un autre lapin, ne laissaient d'autre trace, après neuf jours que l'animal fut tué, qu'un demi-gramme environ de matière colorante au siége même de l'injection, sans dégénérescence graisseuse des globules qui restaient encore visibles.

7 grammes de sang artériel d'un agneau, injectés de même sous le ventre d'un cabri, ne laissaient aucune trace dix jours après que l'animal fut sacrifié. Pas un seul globule ni la plus petite tache de sang ne furent trouvés au microscope.

Fondé sur l'innocuité de ces expériences préalables, M. Ponza a transfusé 7 grammes de sang, aspirés de la carotide d'un agneau, dans le tissu connectif de l'avant-bras droit d'un lypémane. Dix-neuf heures après, son sang, qui ne contenait que 2 925 620 globules rouges, en comptait 3 578 400, soit une augmentation de 652 780. Aucun accident consécutif n'en résulta, pas la moindre menace de suppuration, et, vingt-cinq jours après, la tache n'était pas plus grande qu'une lentille.

Ces faits permettent d'espérer qu'en modifiant le système opératoire, la transfusion directe pourra se faire d'un vaisseau à l'autre sans crainte de voir le sang se coaguler, surtout au point de vue du traitement de la folie. Il suffira d'aspirer d'une veine ou d'une artère plein une seringue de sang et de l'injecter dans une autre veine pour que l'opération soit faite. Et quand la ténuité du vaisseau ou l'indocilité du patient ne permettra pas de l'injecter directement dans la veine, on fera la transfusion sous-cutanée. La transfusion du sang sera ainsi la plus simple des opérations. (*Soc. freniatrica ital.*, juin, et *Archivio delle malatie nervose*, novembre.)

De la transfusion du sang. Thèse de concours pour l'agrégation, par le docteur L. Jullien, ancien interne des hôpitaux de Lyon, chef de clinique chirurgicale, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy. Un vol. in-8 de 332 pages avec figures représentant les principaux transfuseurs, Paris.

Monographie complète de cette opération. Après l'historique, vient la physiologie expérimentale, les indications avec ou sans déplétion préalable suivant les divers procédés. Les accidents à redouter sont discutés un à un. C'est donc une exposition complète de la question avec discussion et critique à l'appui.

TUBERCULOSE. *Prévention.* Fidèles à leur doctrine dualiste et tout histologique de la phthisie, les Allemands y conforment leur thérapeutique. Orth ayant constaté, par huit autopsies, la coexistence de masses caséeuses et de tubercules y a vu un lien causal entre eux. Un foyer caséeux peut, d'après lui, être l'origine d'une infection tuberculeuse générale, que la dissémination du poison ait lieu par le sang ou par les lymphatiques. (*Soc. méd. de Berlin*, février, et *Berl. Klin. Wochens.*, n° 22.)

Fondé sur ce fait que la résorption d'un foyer caséeux, isolé de l'organisme, peut l'infecter tout entier, le professeur Lewin s'applique à le détruire sur place ou à l'enlever. L'épididymite se terminant assez fréquemment par induration et suppuration caséeuse, il pratique de bonne heure la castration afin d'éviter et prévenir l'invasion des poumons. Un jeune homme de vingt-huit ans, atteint d'une fistule du testicule, mourut ainsi tuberculeux, d'après lui, pour avoir refusé la castration. Il enlève de même le lupus, qu'il considère comme une manifestation tuberculeuse et, toutes les ulcérations scrofuleuses et lipomateuses de la peau. Le galvano-cautère, les caustiques et l'acide phénique sont mis à contribution à cet effet.

Quant aux ulcères et aux abcès du larynx, dangereux surtout à ce point de vue par leur voisinage des poumons, il les touche avec l'acide phénique qu'il fait aussi inhaler. (*Soc. méd. de Berlin*, janvier, et *Berl. Klin. Wochens.*, n° 14.)

Reste à savoir si ces premières manifestations tuberculeuses ne sont pas l'expression d'un état général qui entraîne le plus souvent la tuberculose pulmonaire. C'est ainsi que le jeune homme signalé ci-devant présentait des signes obscurs d'une tuberculose pulmonaire à son entrée à l'hôpital. Il est douteux ainsi que la castration en ait empêché le développement et la mort. Le retentissement du traumatisme pourrait même les hâter. Les amputations et

les résections des caries scrofuleuses activent le plus souvent cette diathèse et sa généralisation.

Non inoculabilité. Déçu sans doute de ce que M. Villemin, nommé rapporteur de son premier mémoire sur ce sujet à l'Académie de médecine, n'avait pas répondu à ses attaques et ses critiques sur sa méthode d'inoculation du tubercule, (voy. *année* 1874), M. Metzquer est revenu à la charge avec un nouveau stock d'expériences contradictoires infirmant sa doctrine, comme une nouvelle mise en demeure de répondre. Invariablement faites sur des lapins, ces expériences ne prouvent guère, il est vrai, ni pour, ni contre. Il conclut néanmoins très-catégoriquement que l'inoculation du tubercule cru reste sans résultat, comme l'injection de la matière tuberculeuse triturée, diluée et filtrée. Celle-ci ne produit des lésions que si elle est inoculée directement en assez grande quantité; ce qui permet toujours aux matières putrides de s'y mélanger. Les lésions produites sont d'ailleurs en rapport direct avec le traumatisme produit.

Et comme preuve que ces lésions ne sont pas tuberculeuses, c'est que les animaux qui ne succombent pas immédiatement aux lésions produites, c'est-à-dire un mois ou six semaines après l'inoculation, peuvent vivre indéfiniment sans rien présenter à l'autopsie. Les nodules qu'ils présentent, lorsqu'on les sacrifie quelques semaines après l'inoculation, ne sont donc pas spécifiques. Ce sont des nodules, des infarctus qui peuvent bien déterminer la mort immédiate, mais qui n'ont rien de tuberculeux. Et la preuve c'est que l'inoculation de toute autre matière que le tubercule les produit également. (*Acad. de méd.*, novembre.)

Tuberculose miliaire aiguë. C'est une maladie infectieuse, suivant M. Perroud, parce qu'elle donne lieu à l'endocardite végétante comme les affections virulentes et que, même généralisée, elle est très-rarement primitive. — Voy. ENDOCARDITE. Comme M. Mayet, il a toujours trouvé d'anciens foyers caséeux pré-existants, qui en sont la cause, suivant lui, comme la plaie l'est de l'infection purulente. L'expérimentation démontrant qu'elle peut pénétrer aussi de l'extérieur par les voies respiratoires ou digestives, il

admet qu'elle est ainsi produite accidentellement quand elle se rencontre sans foyers caséeux. Mais celui-ci en serait toujours la cause principale (*Soc. des sciences méd. de Lyon*, mars et *Lyon méd.*, n° 18). C'est, comme on voit, la même doctrine que les médecins allemands.

Température. Son élévation, plus grande le matin que le soir, a été constatée 86 fois sur 100 malades par le docteur Brunniche. Ce type thermique inverse est beaucoup plus fréquent chez la femme que chez l'homme. Sa manifestation est donc l'indice certain de l'explosion de la tuberculose miliaire aiguë. Il en constitue le signe le plus certain avec les granulations tuberculeuses de la choroïde. (*Gaz. hebd.*, n° 3.)

Tuberculose miliaire aiguë pharyngo-laryngée. Regardée d'abord comme syphilitique et traitée vainement comme telle, cette angine spéciale fut ensuite considérée comme d'origine scrofuleuse. Les lésions pulmonaires coïncidentes en ont seules dévoilé la véritable nature. C'est une affection similaire à la phthisie aiguë ou granulie des poumons dont elle est l'avant-coureur, le symptôme objectif ou concomittant; elle n'en diffère que par le siége. En un mot, c'est une forme spéciale de la phthisie laryngée différant de celle-ci comme la phthisie pulmonaire chronique diffère anatomiquement et symptomatologiquement de la phthisie aiguë galopante. Les noms de *granulations grises disséminées de la gorge* ou de *granulie pharyngo-laryngée* ont été remplacés par le précédent comme exprimant mieux la nature de la maladie sans donner lieu à confusion avec les angines granuleuse et glanduleuse qui ne sont que l'acné de la gorge.

Tour à tour soutenues par M. Isambert, ces variations ont été élucidées par l'observation clinique de plusieurs médecins des hôpitaux et la discussion de ces faits à la Société médicale des hôpitaux de Paris. — Voy. *années* 1872, 1873 et 1874.

Voici donc, en résumé, la description que M. Isambert, fondé sur les faits aujourd'hui connus, trace de cette nouvelle espèce nosologique. Elle est caractérisée anatomiquement au début par un semis très-abondant de granulations

grises dans les mailles de la muqueuse du pharynx, rappelant des grains de semoule ou des œufs de poisson, ou bien encore les dépôts de fibrine granuleuse de la surface des intestins dans les péritonites récentes. Ces granulations, généralement confluentes, forment des plaques à contours sinueux, à surface chagrinée ou mamelonnée, saillante, ressemblant aux plaques muqueuses. Elles sont plus blafardes, sans l'auréole carminée, la nuance opaline gris bleuâtre et la surface granuleuse de celles-ci ; mais un liséré inflammatoire très-étroit, d'un rouge terne, et se fondant avec la nuance rose de la muqueuse saine les en distingue.

Ces dépôts tuberculeux s'observent d'abord à la face antérieure du voile du palais et sur les piliers antérieurs, puis sur la luette, les piliers postérieurs, enfin sur les amygdales et la partie postérieure du pharynx. L'envahissement du larynx et de l'épiglotte n'a lieu qu'à une période plus avancée.

Lorsqu'elles sont très-superficielles, ces granulations forment bientôt des érosions, des ulcérations régulières ovales *en coup d'ongle* selon M. Martineau. En augmentant de volume par les progrès du mal, elles se fondent, deviennent caséeuses et amènent de vraies ulcérations. Le contour des piliers et du voile du palais peut ainsi être entamé. L'accumulation de tubercules bosselés, assez gros, sur la luette, lui donne parfois l'aspect d'une boule garnie de têtes de clous saillantes ou de stalactites calcaires. De même sur les piliers postérieurs. Il y a parfois aussi comme des furoncles mûrs sur la paroi postérieure du pharynx. Les mêmes lésions s'observent plus tard dans le larynx.

Une sensation de cuisson, puis des douleurs pendant la déglutition sont les premiers symptômes subjectifs. La dysphagie augmente avec le développement et la multiplication des tubercules jusqu'à ce que les malades ne puissent avaler ni solides ni liquides. Les altérations dans le timbre de la voix indiquent l'extension vers le larynx. Puis la tuberculose pulmonaire, qui marche concurremment avec celle de la gorge, fait de rapides progrès et détermine la mort.

Les caractères distinctifs, avec la phthisie laryngée, sont l'absence d'œdème de la glotte, de rétrécissement du

larynx et des accès de suffocation, résultant des ulcérations profondes, si communs dans celle-ci. C'est donc une forme spéciale et différente par la dysphagie indiquant que le pharynx est primitivement pris ici. Le traitement consiste à éviter les mercuriaux, caustiques même, les topiques simplement modificateurs ne sont pas supportés ; la glycérine morphinée au 25e est le seul agent local conseillé. La glace avalée en menus morceaux et les injections hypodermiques à la région cervicale sont les seuls calmants efficaces. Alimentation liquide, lait, bouillons, gelées de viandes, lavements nutritifs. (*Ann. des maladies de l'oreille et du larynx*, n° 2.)

TUMEURS. La transformation d'une tumeur simple, bénigne, en tumeur maligne, reconnue, constatée par la clinique il y a longtemps, notamment dans la mémorable discussion académique entre Cruveilhier et Roux, est maintenant bien confirmée par l'histologie pathologique. Il est démontré que souvent le tissu fibreux dégénère en sarcome, l'un et l'autre dérivant d'un tissu fondamental commun : le tissu conjonctif. Cette transformation, cette dégénérescence a lieu en vertu d'une loi qui tend à se justifier de plus en plus pour toutes les tumeurs : c'est la durée, surtout pour le tissu fibreux. Le diagnostic d'une tumeur bénigne se fonde ainsi en grande partie sur sa durée et la lenteur de son développement autant que sa consistance. Mais vienne une condition inconnue et probablement variée et cette tumeur, en se transformant, peut prendre une évolution, une marche des plus rapides. Ce fait a été constaté une fois de plus à la *Société anatomique*, par M. Coyne dans la séance du 13 nov. 1874. — Voy. SARCOME GLANDULAIRE.

Emploi du fer rouge. Contre une hypertrophie de la mamelle, du volume d'une tête d'enfant, chez une femme de cinquante-sept ans ; un développement énorme des veines sous-cutanées mettait un obstacle à l'amputation. Pour prévenir l'hémorrhagie, M. Letiévant divisa la peau avec des fers cultellaires, jusqu'au niveau de la tumeur. Il énucléa celle-ci ensuite assez facilement sans la moindre hémorrhagie. La cicatrisation se fit régulièrement. (*Soc. des sciences méd.*, juin, et *Lyon méd.*, n° 32.)

Tumeurs kystiques. *Cautérisation interne avec le nitrate d'argent.* Après l'incision avec le bistouri et l'évacuation aussi complète que possible de leur contenu, c'est le mode de traitement que M. Laroyenne applique de préférence à ces tumeurs quels que soient leur contenu et leur volume. Il n'en résulte pas ainsi de cicatrices difformes comme avec l'ouverture par le caustique. La cautérisation interne est assez peu destructive pour ne pas dépasser l'épaisseur de la paroi interne, sans danger, par conséquent, de la diffusion de l'inflammation aux parties voisines, de l'ouverture des vaisseaux voisins et des synoviales articulaires ou des autres organes importants en rapport avec le kyste, et qui doivent être respectés. (*Lyon méd.*, n° 20.)

Une objection à ce procédé uniforme, c'est la différence d'épaisseur et de nature des parois internes de ces tumeurs kystiques. Qu'il s'agisse de couches plastiques, fibrineuses, dures, stratifiées par les produits sécrétés comme dans les kystes sébacés ou qu'il y ait plusieurs loges comme dans les kystes séreux et la cicatrisation rapide de l'ouverture ne donnera pas le temps de les détruire avec un caustique si faible. Elle se fermera lorsque l'intérieur ne sera pas complétement détruit ou modifié, et le kyste se reproduira. Dans les kystes durs, vastes, anciens, il est préférable d'en mettre la surface interne à nu, pour la détruire plus sûrement.

Tumeurs abdominales. *Accidents pulmonaires et cardiaques.* Les épanchements thoraciques ne seraient pas seuls justiciables d'accidents sérieux sur les poumons et le cœur, soit par la compression et le déplacement qu'ils exercent sur ces organes, soit par le vide subit résultant de leur extraction; les grands épanchements et les tumeurs volumineuses de l'abdomen seraient aussi passibles exceptionnellement des mêmes dangers, suivant le docteur Day. Il est donc utile de constater l'état du cœur et des poumons avant d'enlever ces tumeurs ou d'évacuer ces liquides et, s'il y a bronchite ou pneumonie, de différer l'opération. L'action dépressive des anesthésiques sur le cœur peut aussi être dangereuse.

On a vu ainsi parfois la mort survenir peu de jours après une ovariotomie par une congestion pulmonaire intense et la réplétion excessive des cavités droites du cœur. Dans ce

cas, la saignée est des plus utiles. Le docteur Protheroe Smith la pratique ainsi depuis vingt-sept ans. Malgré l'évacuation lente du liquide chez une gouvernante de vingt-trois ans, M. Spencer Wells dut pratiquer trois saignées successives, à quelques jours d'intervalle, pour combattre une élévation considérable de température et l'accélération du pouls. La rougeur de la face et la sécheresse de la peau doivent y faire recourir promptement, selon M. K. Thornton. L'élévation de la température n'a lieu souvent qu'après. Des hémoptysies peuvent même se produire dans les cas de maladie pulmonaire organique. La saignée est encore des plus utiles dans ce cas. De là la nécessité de l'examen du thorax avant l'enlèvement des tumeurs volumineuses ou des vastes épanchements de l'abdomen. (*Royal med. and chir. Society*, 27 avril, et *Lancet*, mai). — Voy. Ovariotomie.

Ces remarques cliniques s'accordent avec la pléthore et les congestions locales, les abcès et les suppurations longues observés par M. Grandesso-Silvestri après la soustraction soudaine d'une partie considérable, comme un membre, à la circulation générale. D'où l'utilité des déplétions sanguines locales et générales pour rétablir l'équilibre. — Voy. Hémostase, 1874.

Tumeur biliaire. Une mère de huit enfants, prise de douleurs abdominales assez vives, présentait un empâtement abdominal du côté droit formant une tumeur mal circonscrite, du volume d'une tête de fœtus à terme. Le point central correspondait au milieu de l'espace compris entre l'ombilic et l'épine iliaque antéro-supérieure. Une consultation décida que c'était une ovarite suppurée, et l'ouverture en fut tentée avec le caustique de Vienne. La sonde rencontra un corps dur et, un mois et demi après le début des accidents, M. Brousson put en ramener avec la pince des fragments de calculs biliaires avec écoulement de bile ; ces extractions durèrent plusieurs jours et une fistule biliaire y succéda pendant deux mois environ. Elle était fermée au mois de mars dernier (*Soc. de chir.*, juillet.)

Tumeurs fibro-cystiques de l'utérus. Trois succès en sont rapportés par le docteur Keith (d'Édimbourg) comme étant les seules exécutées par l'ouverture abdominale. La

première était une erreur de diagnostic. On croyait à un kyste de l'ovaire gauche, mais on reconnut bientôt que l'utérus était intéressé. C'est l'unique erreur sur 194 ovariotomies par l'auteur. 4 à 5 pintes de sérum sanguinolent furent extraites et l'utérus enlevé en partie. L'opérée était guérie en trente-sept jours.

C'est surtout par une hémorrhagie profuse et qui paraissait devoir laisser la patiente sous le couteau, que la seconde observation est remarquable. Grâce au drainage employé pour l'évacuation du sang et des liquides épanchés, la guérison eut lieu après une longue convalescence.

Ce fut au contraire pour réprimer les hémorrhagies abondantes, chez une femme de quarante ans, que la troisième excision d'une tumeur fibro-cystique aiguë fut faite. L'utérus et les deux ovaires furent enlevés. L'opérée guérit également.

Malgré ces succès constants, l'auteur avoue que cette opération n'est pas une de celles qui doivent être entreprises légèrement. Sans la connaissance que la pratique de l'ovariotomie lui a donnée, dit-il, les résultats auraient été probablement tout différents. Il a constaté que l'hémorrhagie était le danger le plus redoutable, car elle survint le septième jour, dans le troisième cas, et serait devenue aussi dangereuse que dans les deux autres si le chirurgien ne se fût trouvé là pour la réprimer immédiatement. (*Lancet*, 15 mai.)

Contribution à l'étude des tumeurs du testicule, avec 2 pl. en chromo-lithographie ; mémoire qui a obtenu le prix Godard à la Société anatomique ; 2[e] édition revue et augmendée, par le docteur G. Nepveu.

Tumeur érectile de la pituitaire. *Cautérisation au fer rouge*. Des épistaxis hémorrhagiques se manifestant depuis l'enfance, chez un Roumain de cinquante-deux ans, malgré les divers topiques astringents employés, M. Verneuil apercevant sur la cloison de la narine gauche, à 2 centimètres de profondeur, une saillie arrondie, sessile, comme un noyau de cerise, d'un rouge sombre, animée de battements et d'expansions isochrones à la systole cardiaque et augmentant de volume par les efforts, y vit toute la cause des

accidents; le diagnostic était confirmé par l'existence d'autres petites taches érectiles à la tempe droite, à la région molaire gauche, à la gencive droite, à la voûte palatine. Il n'hésita donc pas à ouvrir la partie supérieure du nez par une incision en Y renversé pour porter le fer rouge sur les angiomes nasaux. Une grande partie du cartilage, la moitié antérieure du vomer et un peu de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde furent détruits, ce qui n'empêcha pas les hémorrhagies de se renouveler à plusieurs reprises dans le mois qui suivit. De nouvelles cautérisations furent nécessaires et la vie du malade fut ainsi mise en danger. Un pertuis fistuleux persista après la réunion de la plaie du nez.

Les hémorrhagies cessèrent momentanément, mais se reproduisirent ensuite et, deux ans après, l'opéré succombait. L'opération fut donc sans grand profit, malgré sa gravité radicale, et cet exemple devient ainsi peu encourageant pour la répéter. (*Ann. des maladies de l'oreille et du larynx*, n° 3.)

Tumeurs du sein. Peu de tumeurs ont autant exercé les dissidences, les contradictions, entre les observateurs, que celles-ci. Leur fréquence et leur gravité en sont la cause. Séparées tout d'abord en malignes et bénignes, on a bientôt reconnu que celles-ci peuvent se transformer en celles-là et que cette distinction n'a rien d'absolu. Distinguées ensuite selon leur caractère anatomique en adénomes, fibromes, sarcomes et myxomes, on a encore constaté qu'elles se transformaient et que le fibrome, par exemple, pouvait se changer en sarcome avec le temps. Cependant les purs anatomistes, c'est-à-dire les microscopistes et les histologistes, il n'y en a plus d'autres, s'appuient encore sur ces caractères pour établir la fréquence et la gravité relative de ces tumeurs. L'adénome ou la tumeur adénoïde de Velpeau, correspondant à la tumeur mammaire chronique, était ainsi regardée comme l'une des plus fréquentes des tumeurs bénignes. M. Cadiat, préparateur du cours d'histologie, le proclamait l'année dernière conformément à la doctrine des cliniciens comme A. Cooper et Velpeau.

Mais voici M. Charles Monod, chef du laboratoire des cli-

niques, qui, s'appuyant aussi sur l'examen microscopique d'un grand nombre de pièces, conteste non-seulement cette fréquence, mais l'existence même de l'adénome. Toutes les tumeurs prises comme telles procéderaient primitivement du tissu interacinaire ou stroma intermédiaire aux acini et aux conduits excréteurs dilatés, d'où le caractère clinique de fentes et de sillons qui les distingue. Or ce tissu, qui constitue les parois des espaces cavitaires ou les bourgeons épithéliaux qui proéminent dans leur intérieur, s'est présenté tantôt avec les caractères du tissu fibreux adulte ou jeune et abondamment pourvu d'éléments cellulaires, tantôt offrant l'apparence des sarcomes et des myxomes des autres parties du corps. Et comme il n'existe pas de ligne de démarcation bien tranchée entre le tissu fibreux en voie de développement et le tissu sarcomateux proprement dit, il s'ensuit que le diagnostic anatomique des tumeurs n'est pas plus absolu que le diagnostic clinique, et qu'après tant de recherches microscopiques et histologiques, il faut se déclarer aussi peu avancé que les premiers cliniciens.

Ce n'est pas que M. Monod, s'inspirant surtout des travaux allemands et de ceux qui en France les ont imités, nie toute hypertrophie coïncidente de la mamelle; mais sans lui attribuer aucune action néoplasique. Le terme d'*adénome*, *d'adénoïde* devrait donc être absolument rayé des dégénérescences cancéreuses du sein. (*Archives de méd.*, janvier.)

A mesure que les jeunes histologistes s'avancent, ainsi armés du microscope, à la recherche des tissus pathologiques pour mieux les distinguer et établir la nature du mal, ils se contredisent sur la caractéristique même de ces tissus et finissent par ne plus se reconnaître. Aussi embarrassés que les premiers cliniciens et les anatomistes à l'œil nu, ils sont impuissants comme eux à fixer le siége du mal et son origine. C'est là, en fin de compte, tout ce qu'aura produit, pour la pathogénie, l'école allemande.

Importance symptomatique des éruptions aréolaires. Toutes les femmes atteintes de cancer de la mamelle, observées par sir J. Paget, étaient âgées de quarante à soixante ans, et avaient leur maladie précédée par des éruptions du mamelon ou de l'aréole. C'était le plus souvent une efflorescence très-rouge, ou une exulcération rugueuse, parsemée

de fines granulations, comme si presque toute l'épaisseur de l'épiderme était desquamée, et ressemblant à la surface d'un eczéma très-aigu ou d'une balanite intense. Le fond de cette exulcération sécrétait constamment un liquide abondant, limpide, jaunâtre ou visqueux. Les malades éprouvaient des sensations de cuisson, de démangeaison et de brûlure, sans que la santé générale en fût nullement affectée. On ne voit jamais cette éruption dépasser l'aréole ; dans un cas seulement, il y avait eu une ulcération profonde occupant l'épaisseur de la peau de l'aréole. Tantôt la lésion avait l'aspect d'un eczéma chronique et laissait suinter une sérosité visqueuse, tantôt elle était sèche comme des squames psoriasiques, et parfois on observait au delà de l'aréole, sur le sein, des plaques de psoriasis.

Dans plusieurs cas, Paget a vu ces affections cutanées résister à tout traitement local ou général, et, après un an, deux ans au plus, il a constaté l'apparition d'une tumeur squirrheuse dans l'épaisseur de la glande mammaire. Le squirrhe n'a jamais débuté par la lésion cutanée ; celle-ci, au contraire, persistait jusqu'à ce qu'elle fût envahie par la néoformation. Le cancer, dans ces cas, ne présente rien de spécial : il prend tantôt une marche aiguë, tantôt une marche chronique ; il envahit les glandes lymphatiques et ne se distingue en rien des descriptions ordinaires des cancers du sein.

Paget a aussi vu des cancers du pénis, de la lèvre inférieure et même de la langue être précédés de lésions cutanées analogues ; ce qui semble confirmer ou du moins appuyer la doctrine de M. Bazin sur la nature *arthritique* du cancer. (*St-Bartholomew's hospital Reports*, 1874.)

Ablation avec anesthésie locale. Dans deux cas de squirrhe mammaire, de la grosseur d'un œuf de poule. chez des femmes ayant une maladie du cœur qui faisait redouter la chloroformisation, le docteur B. Richardson recourut à l'anesthésie locale avec l'éther ordinaire pulvérisé pendant cinq minutes. Il y substitua aussi l'éther dit anesthésique ou mélange d'éther et d'hydrure d'amyle. Les parties présentèrent bientôt la consistance d'une boule de neige. De forts ciseaux pointus et un peu courbes servirent à sectionner la peau congelée que le bistouri ne divise que très-

difficilement. Des cisailles à bords dentés servirent à l'ablation qui ne dura que trois minutes sans effusion de sang et sans douleur ; la cicatrisation se fit rapidement. (*Lancet*, août 1874.) — Voy. Réunion immédiate.

Tumeur hypertrophique de la peau. Chez un négociant de vingt-neuf ans, M. Demarquay rencontra, à la partie antérieure de la cuisse droite, une tumeur aplatie, en forme de plastron, s'étendant de l'épine iliaque antéro-supérieure au tiers inférieur de la cuisse. Elle a 35 centimètres de diamètre vertical et de 13 à 33 horizontalement, suivant les différents points de sa hauteur. Son épaisseur, plus notable en haut qu'en bas et en dehors qu'en dedans, varie de 2 à 8 centimètres. La circonférence de la cuisse en est augmentée de 4 à 9 centimètres sur la gauche. La surface est sèche, rugueuse, plissée transversalement. Son insertion très-large à la peau est mobile. Molle, élastique uniformément, elle permet de percevoir au toucher les muscles sous-jacents. Sa couleur, d'un fond brunâtre, rappelle celle de la peau de laquelle se détachent une foule de petits tubercules, de petites saillies framboisées, presque confluentes, exemptes de poils et de glandes sudoripares, et d'un rouge violacé, cuivré. Sensibilité très-obtuse au toucher et à la piqûre.

Une saillie de même nature, du volume d'une petite noix, existe également sur la tubérosité antérieure du tibia droit, ainsi qu'une infinité d'autres petits tubercules de molluscum disséminés sur la surface du corps.

C'est à dix ans que cette tumeur commença à paraître dans un espace de la largeur de la main. Elle crut rapidement et sans douleur au point d'avoir atteint son volume actuel à seize ans. Depuis, elle est restée stationnaire, sans poussées congestives, ni inflammation, ni hémorrhagies, ni sueur appréciable. Les veines voisines, les vaisseaux et les ganglions lymphatiques n'ont jamais présenté de développement anormal, malgré les fatigues du malade pendant la guerre comme soldat.

Le diagnostic était donc bien difficile, comme l'a prouvé une discussion à la Société de chirurgie à ce sujet. Quoique se rapprochant de la tumeur érectile par sa richesse en vaisseaux, l'issue facile du sang et par sa coloration, l'ab-

sence d'ulcération et d'hémorrhagies la distingue de l'angiome. Sa consistance molle et élastique la distingue de l'éléphantiasis, aussi bien que le défaut de poussées inflammatoires, la rougeur, la tension douloureuse, la chaleur et l'engorgement des vaisseaux et des ganglions lymphatiques. Enfin le volume de cette tumeur et son absence de changement à la pression l'éloignaient du molluscum.

Tout en présentant quelques caractères de ces trois espèces de tumeurs, celle-ci n'était donc ni l'une ni l'autre. En la comparant aux exemples analogues rapportés dans ces dernières années, M. Dave l'assimile à celle que Virchow a relatée dans son Traité des tumeurs sous le nom de *fibrome molluscum*. C'était une hypertrophie des divers éléments du derme portant principalement sur le réseau des radicules veineuses et le tissu conjonctif interstitiel dont les travées se sont multipliées, tandis que ses aréoles s'élargissaient. Or les rapports de ces lacunes avec l'origine des lymphatiques peuvent faire admettre un certain rôle à ceux-ci dans cette tumeur. De là le diagnostic porté. (*Progrès médical*, n° 11.)

Quoi qu'il en soit, M. Demarquay s'est refusé à réséquer cette tumeur, selon le désir de cet homme ; un cuissard pour la soutenir a été le seul moyen qu'il ait proposé.

U

ULCÈRES. *Sulfure de carbone.* Employé dès 1867 à Saint-Lazare par le docteur E. Michel, contre les ulcérations chroniques du col et du vagin, l'usage en a été étendu avec le même avantage aux ulcérations des amygdales, du pharynx et de la bouche.

On en touche les ulcères, à l'aide d'un pinceau qui en est imprégné, comme pour les caustiques liquides. Aucune eschare ne résulte de son contact, même sur les muqueuses, ni aucun changement de coloration, mais une douleur vive et instantanée qui se dissipe en quelques minutes. Elle diminue à chaque application, soit par la tolérance de la plaie, soit par les progrès de la cicatrisation.

Son action est si rapide à cet égard qu'en huit à quinze

jours on obtient des améliorations vainement cherchées avec d'autres agents. Est-ce en détruisant les organismes ferments ou par une action régénératrice spéciale? toujours est-il qu'il tarit rapidement la source de production de l'ulcère. C'est pourquoi les ulcérations récentes, vives, n'exigent que des applications rares, tandis qu'elles doivent être quotidiennes sur les ulcères anciens, chroniques et sans vitalité.

Aucun accident ni effet toxique de ces applications topiques, en général fort limitées, n'a été observé. L'évaporation rapide de ce liquide en prévient sans doute l'absorption. L'odeur fétide qui s'en exhale, et résultant de cette extrême volatilité, se dissipe rapidement. (*Journ. de thérap.*)

M. Guillaumet l'a employé sur des plaies de toute nature et de tout siége dans le service du docteur Costilhes, avec les mêmes résultats avantageux. Il en fait un simple attouchement de la plaie qu'il recouvre ensuite de bismuth, autant pour en empêcher, en retarder l'évaporation que pour éviter les frottements à la surface de la plaie. (*Soc. de thérap.*, janvier.)

Il a aussi été employé comme anesthésique local. — Voy. Anesthésie.

Appliqué par M. Queirel, dans son service hospitalier de Marseille, chez plusieurs malades ayant des ulcères à bords calleux, indurés et sans tendance à la cicatrisation, il en a rapidement modifié la surface; elle a pris un aspect vermeil, les bords se détergent et une cicatrisation rapide s'ensuit. La greffe épidermique appliquée sur des surfaces ainsi modifiées prenait mieux que dans les cas ordinaires.

Mais l'extrême diffusion de ce sulfure ne permet pas d'en limiter facilement l'action topique aux points sur lesquels on l'applique, et son évaporation rapide empêche aussi de la prolonger : deux inconvénients considérables qu'il serait peut-être possible de prévenir en l'incorporant à une substance qui lui donne plus de fixité et de facilité d'emploi. (*Soc. de méd. de Marseille*, 17 avril, et *Marseille méd.*, août.)

Ulcères des jambes. Les maladies du cœur y prédisposent, suivant M. Marcano, par l'œdème qu'elles déter-

minent dans les parties inférieures. Les plaies des jambes qui peuvent exister chez ces sujets tendent ainsi uniformément à devenir ulcéreuses. On pourrait donc les appeler *cardiopathiques*. (*Soc. anatom.*, octobre 1874.)

URÉTHROTOMIE SOUS-CUTANÉE. Elle a été pratiquée par M. Teevan, le 16 novembre 1874, chez un homme de trente et un ans, pour un rétrécissement datant de sept ans, traité à plusieurs reprises, et tellement serré, qu'en fin de compte le malade était réduit à se sonder jusqu'à six fois par jour malgré plusieurs tentatives de dilatation. Aucun abcès ni fistule périnéale ne rendant l'uréthrotomie externe nécessaire, une ponction sous-cutanée fut faite de la manière suivante, sans anesthésie préalable. Une sonde cannelée, pourvue d'un cathéter glissant dans sa cannelure, fut introduite, et, faisant saillir la convexité de celui-ci, un ténotome étroit servit à ponctionner la peau sur le raphé médian du périnée. Il fut poussé dans la cannelure du conducteur jusqu'à l'extrémité du rétrécissement, en divisant celui-ci par un mouvement de scie dans une étendue de 2 centimètres environ. A peine s'il s'écoula une cuillerée à dessert de sang. Le cathéter fut laissé en place, suivant l'habitude des chirurgiens américains, et 50 centigrammes de quinine furent administrés. Le frisson ne survint pas moins vingt heures après l'opération et le cathéter fut retiré. On le repassa seulement tous les trois jours ensuite. Il quitta ensuite l'hôpital sans nouvelle rétention d'urine, quoique une attaque de rhumatisme ait empêché tout traitement pendant un mois. L'opéré peut depuis garder son urine pendant six heures, ce qui indique une cicatrice solide.

On peut sans doute élever des doutes sur la persistance de cette guérison toute récente, comme l'a fait M. Hulke, et contester le caractère de sous-cutanée à cette uréthrotomie comme M. Mc Cormac l'a remarqué. Mais elle n'en constitue pas moins une innovation remarquable, en ce qu'elle diminue le traumatisme et le met en grande partie à l'abri de l'air. (*Clin. Society*, 8 janvier et *Lancet*, n° 3.)

URINES. La quantité moyenne éliminée dans les vingt-quatre heures, d'après M. Rabuteau, dans l'état de santé,

est de 1200 grammes et de 1175 centimètres cubes. Mais cette moyenne est plus faible chez les jeunes adultes; elle augmente avec l'âge. Elle est ainsi plus considérable de trente à quarante ans que de vingt à trente. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 5.)

Éléments d'urologie, ou analyse des urines, des dépôts et des calculs urinaires, par A. Rabuteau; un vol. in-12 de 226 pages, Paris. Fait au point de vue de la thérapeutique, cet ouvrage sera surtout utile au médecin praticien.

Urines sucrées alimentaires. Lorsqu'elles se présentent exclusivement après l'ingestion de matières féculentes ou sucrées, elles sont un signe, suivant M. Colrat, de l'obstruction de la veine porte que peut aider à diagnostiquer la cirrhose ou la maladie qui la produit. — Voy. CIRRHOSE.

Urines alcalines. *Bois de campêche.* S'étant assuré que la fermentation ne s'opère pas dans une infusion de bois de campêche, que le ferment alcoolique s'y trouve paralysé, et que quelques copeaux de ce bois suffisent pour faire perdre aussitôt l'odeur ammoniacale à l'urine en voie de décomposition, M. Cotton en fit prendre 2 grammes à un malade dont l'urine, louche et très-alcaline, laissait sur le filtre un abondant dépôt de phosphate ammoniaco-magnésien et était en outre albumineuse. Dix jours après, les urines étaient devenues franchement acides et pures de cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien; les besoins fréquents d'uriner avaient considérablement diminué, mais l'albumine persistait. Ce serait donc là un nouvel antiseptique d'une grande valeur. (*Soc. des sciences méd. de Lyon*, décembre 1874.)

Acide salicylique. Sachant qu'il est éliminé par les urines, et que, d'autre part, de petites quantités de cet acide suffisent pour empêcher la fermentation alcaline de l'urine et y arrêter la production des bactéries, M. le docteur Fürbringer (de Heidelberg) a eu l'idée d'administrer à l'intérieur cette substance dans des cas de cystite, de pyélite ou de rétention d'urine, afin d'empêcher la fermentation intra-vésicale. Le succès a pleinement couronné ces tentatives dans les quatre cas suivants :

Phthisie avancée avec paralysie spinale. Urines fétides et alcalines; dépôt contenant des cristaux, des corpuscules purulents et des bactéries. L'urine perd son odeur après l'ingestion de 4 grammes environ d'acide salicylique par doses fractionnées.

Maladie de Bright chronique avec catarrhe des voies urinaires. Urines albumineuses, très-alcalines, fétides et contenant des bactéries et des corpuscules purulents. Acide salicylique à la dose de $0^{gr},75$ par jour. Le neuvième jour, l'urine a perdu ses caractères anormaux, elle conserve seulement de l'albumine et quelques corpuscules purulents.

Cystite datant de plusieurs années, exigeant l'emploi de la sonde. Urines offrant les mêmes caractères que plus haut. Acide salicylique donné à la dose quotidienne de 75 centigrammes à $1^{gr},50$. Au bout de douze jours, aucun résultat sensible ne s'étant produit, on lave la vessie à grande eau pour débarrasser ses parois de la couche muco-purulente que l'on suppose devoir agir comme ferment. Le remède, continué à l'intérieur, ne tarde pas à ramener l'urine à son état normal.

Cystite aiguë. Urines alcalines, purulentes et fétides, ayant rapidement repris leur aspect normal après l'usage interne de l'acide salicylique.

M. Fürbringer fait remarquer que, dans tous ces cas, le médicament a arrêté les phénomènes de fermentation urinaire sans cependant arrêter la formation des cellules de pus sur la muqueuse vésicale et sans empêcher l'état purulent de l'urine. (*Berl. Klin. woch.*, 17 mai.)

Urine sanguinolente. Appliquant le réactif employé par Taylor aux taches de sang (voy. *année*, 1872), M. Almen s'en sert ainsi pour constater la présence du sang dans l'urine. Quelques centimètres cubes de teinture de gayac étant mêlés à volume égal d'essence de térébenthine dans un tube à essai, on verse lentement l'urine à essayer sur les bords du tube pour la faire descendre à sa partie inférieure. Un précipité blanc, puis jaune sale ou vert se produit aussitôt avec de l'urine normale, mais, si elle contient une trace de sang ou si on l'ajoute, la teinture de gayac se colore en bleu plus ou moins intense et souvent même

en indigo. Ni le pus ni l'albumine ne produisent cette teinte, le sang seul la développe. (*Zeitschr., f. anal. Chemie*, 1874).

Urines ictériques. Un excellent réactif pour constater la présence de la bile, bien plus sensible que l'acide nitrique et l'iode, est, selon le docteur Constantin Paul, le violet de Paris ou violet de méthylaniline. C'est une poudre verte très-soluble, d'une puissance colorante si considérable, que la solution au millième donne encore des réactions très-sensibles. Une à cinq gouttes d'une solution au cinq centième, versées dans un tube contenant 10 centimètres cubes d'urine ordinaire ambrée, donnent à la partie supérieure un anneau bleu qui se change en une belle couleur carminée très-intense quand l'urine est ictérique et non bilieuse. Il serait ainsi préférable à tous les autres réactifs connus. (*Soc. de thérap.*)

UTÉRUS. *Exploration vésico-vaginale.* Elle ne consiste rien moins qu'a dilater l'urèthre avec une sonde, la laminaire ou le doigt, de façon à introduire l'index droit dans la vessie, tandis que le gauche est dans le rectum. On peut ainsi explorer l'utérus comme si on le tenait entre les doigts, dit l'auteur de cette méthode étrange d'exploration, M. Nœggerath, et cela d'autant plus facilement qu'un crochet double étant introduit préalablement dans la cavité utérine, un aide est chargé d'abaisser l'organe au besoin pour mieux en explorer le fond et les annexes. On lui imprime ainsi des mouvements d'avant en arrière et de latéralité, et l'on peut percevoir l'ovaire et les trompes roulant sous les doigts.

Il suffit de vider préalablement la vessie et le rectum, et d'enduire largement les instruments et les doigts d'huile phéniquée. Quant aux effets consécutifs de ces manœuvres vétérinaires, l'auteur se borne à dire qu'ils varient beaucoup suivant les personnes, mais sans les indiquer.

On comprend que le gynécologiste soit obligé de recourir exceptionnellement à l'un ou l'autre de ces moyens d'exploration, mais c'est comme méthode générale que l'auteur les propose pour l'examen du fond de l'utérus et de ses annexes. Il l'a employée dans treize cas, et a pu re-

connaître ainsi un déplacement de l'ovaire gauche hypertrophié formant tumeur, une pelvi-péritonite consécutive à un catarrhe de la trompe gauche et une grossesse normale où tout faisait croire à une grossesse extra-utérine. Elle serait donc indiquée pour le diagnostic de toutes les tumeurs de l'utérus et de son voisinage, ses inversions et ses malformations ainsi que de ses annexes, aussi bien que pour le diagnostic de la grossesse à deux ou trois mois. (*Amer. journ. of obstetrics*, mai.)

Que ces explorations, ces manœuvres puissent se faire aux États-Unis, où l'audace des chirurgiens n'a pas de bornes, c'est possible; mais il est douteux que les gynécologistes des autres pays les adoptent jamais, si ce n'est M. Simon (de Berlin), comme M. Marion Sims (de New-York).

Température. Elle est supérieure à celle du vagin dès qu'un phénomène morbide ou pathologique s'y manifeste. Schlesinger l'a trouvée de 1°,3 à 1°,9 supérieure à celle du vagin chez les femmes de la clinique gynécologique. Cohnstein a constaté aussi une différence de température moins marquée dans les cas de fibromes utérins, d'endométrite, de paramétrite, etc., tandis qu'elle est absolument insignifiante chez les femmes bien portantes et chez les animaux. Ces résultats, faciles à prévoir *à priori* et à constater au simple toucher dans certains cas, ont ainsi reçu la consécration du thermomètre qui peut seul convaincre les cliniciens allemands.

C'est fondé sur ce signe que Cohnstein a pu décider de la vie ou de la mort du fœtus pendant la grossesse (voy. FŒTUS, 1873), malgré les plus légères différences; 4 dixièmes en plus ont suffi pour faire diagnostiquer la vie et 2 dixièmes en moins pour décider la mort et provoquer l'expulsion artificielle. Telle est le positivisme de la médecine allemande aujourd'hui. (*Archiv für pathol. anat. und phys.*, t. LXII.)

Amputation. Le blâme jeté contre cette opération redoutable par des chirurgiens français doit faire accueillir avec justice tous les faits en sa faveur. Évidemment, il faut les chercher à l'étranger et surtout en Amérique dont la hardiesse sinon l'audace des chirurgiens ne connait pas

de bornes. Le docteur Wood a opéré ainsi quatre fois l'extirpation de l'utérus pour des tumeurs fibreuses interstitielles de cet organe. 2 des opérées ont succombé : l'une au 64e jour et l'autre au 27e de l'opération à des causes qui y étaient étrangères. Les 2 autres ont guéri malgré le volume des tumeurs enlevées, l'une pesant quatre livres et l'autre six.

Un cinquième cas a été relaté par le docteur Hodgen. (*Saint-Louis med. journ.*, décembre 1874.)

Ligature lente et progressive. Dans un cas d'inversion complète et irréductible, chez une femme de vingt-cinq ans, avec pertes fréquentes ayant déterminé une anémie et un épuisement extrêmes, M. Denucé (de Bordeaux) appliqua un écraseur dont il mesura et régla jour par jour la pression. Les suites de cette amputation furent des plus simples et l'opérée était rétablie après un mois.

D'où cette conclusion que c'est là une ressource extrême mais précieuse dans les cas où, comme celui-ci, la vie est immédiatement en péril, et préférable à l'instrument tranchant et aux caustiques. (*Acad. de méd.*, novembre.)

Galvano-caustique. Pour pratiquer l'amputation du col, dit Otto Spiegelberg (de Breslau), on a le choix entre deux méthodes seulement : l'amputation par le bistouri, suivie de la réunion des lèvres de la plaie par la suture, et la section par l'anse galvano-caustique. Et trouvant que la première n'est applicable que dans un petit nombre de cas déterminés — lorsque le col est déjà à la vulve ou qu'on peut l'y faire descendre sans danger et que les parties ne sont pas très-vasculaires, comme dans le carcinome, de manière à permettre d'appliquer facilement la ligature et la suture des lèvres de la plaie, afin de prévenir sûrement les hémorrhagies — il donne la préférence à la seconde qui lui paraît applicable à tous les cas. La sûreté de son action, la possibilité de l'introduire à une grande profondeur, la garantie qu'elle offre contre les hémorrhagies, en sont les raisons.

Or, sur 60 amputations pratiquées par lui et Lauger, de 1861 à 1873, il y a eu 5 morts dont 3 à la suite de l'emploi de cette méthode et 1 après celle du bistouri, par ouverture du péritoine et hémorrhagie secondaire. Le 5e cas

n'était pas du fait de l'opération. (*Archiv für Gynæk*, 1874, et *Lyon méd.*, n° 4.)

Tout en voulant justifier sa préférence, on voit que cette statistique n'est pas très-favorable à l'emploi de l'anse galvano-caustique. Elle l'est d'autant moins que sur 99 amputations pratiquées dans la clinique de Hégar et dans sa clientèle, dont 92 avec le bistouri, 71 ayant été suivies de la suture en ourlet, il n'y a eu qu'un seul cas de mort par péritonite, et à peine quelques légers troubles vers la guérison.

Odebrecht a donc raison, en s'appuyant sur ces résultats, de recommander comme la meilleure méthode d'amputation du col utérin celle qui consiste à l'exciser avec le bistouri et les ciseaux, suivie de la ligature ou de la suture en ourlet des lèvres. Cette suture prévient toute hémorrhagie sérieuse et amène la réunion immédiate. (*Beitrage zür Gyn. und Geburtsh.*, 1874, et *Lyon méd.*, n° 4.)

Selon le docteur Chadwick, chirurgien américain, les chances de cette grave opération sont égales pour la vie et pour la mort, d'après les soixante cas publiés. Mais plusieurs ayant été exécutées dans des cas désespérés, sans les instruments convenables, on peut considérer les chances de guérison comme supérieures à celles de mort quand elle est faite dans de bonnes conditions.

C'est ainsi qu'il l'exécuta à Boston, le 18 septembre dernier, en présence de six confrères, sur une femme de cinquante-cinq ans, pour une tumeur de l'utérus qui ne pouvait être prise que pour l'utérus lui-même. Tous les moyens ayant été inutilement tentés, et la malade et sa famille réclamant l'opération, une incision abdominale de 8 pouces mit l'utérus à découvert. C'était un fibrome libre de toute adhérence. Le col et les ligaments larges ayant été fixés, le corps de l'utérus fut excisé et enlevé. Une hémorrhagie ayant eu lieu, il fallut éponger la cavité du péritoine comme dans l'ovariotomie, et fermer ensuite la plaie de même.

Malgré cette mutilation, l'opérée allait très-bien et tout danger semblait évité, le septième jour, lorsque le tétanos se déclara par un frisson le long de la colonne vertébrale, avec mal de gorge et difficulté d'avaler, qui amena la mort en vingt-quatre heures.

L'opération avait donc réussi *per se*, et l'auteur dit que ce

cas doit encourager à la pratiquer en adoptant l'opinion de M. Péan qui ne la croit pas plus dangereuse que l'ovariotomie. (*Boston med. and surg. journ.*, 4 novembre.)

De la lésion et de la maladie dans les affections chroniques du système utérin, par le docteur E. Tillot, médecin-inspecteur des eaux minérales de Saint-Christau, brochure in-8° de 104 pages.

Œuvre de pathologie générale, d'interprétation, de définition et surtout d'érudition. Discutant la localisation et la généralisation des affections utérines, l'auteur montre le pour et le contre de ces deux opinions absolues par de nombreuses citations ; mais, sans proscrire absolument la première, il défend énergiquement la seconde par de nombreuses observations cliniques qu'il rapporte. La démonstration n'est pourtant pas rigoureuse, car les maladies, les affections et les lésions utérines, signalées comme des effets de la diathèse, s'observent aussi chez des femmes qui n'en offrent aucune trace. Il peut donc n'y avoir que simple coïncidence. Que la guérison, la modification de ces affections locales soient influencées, retardées, empêchées, même par la diathèse, la cachexie ou l'altération du sang, nul doute, ce résultat est général ; mais il n'est pas une preuve que la diathèse ou la cachexie soient la cause de l'état local. Ce n'est souvent là qu'une affaire d'interprétation particulière suivant les idées, les études, les sentiments de l'observateur. Aussi bien cette nouvelle dissertation sur ce sujet controversé n'élucide-t-elle guère la question, mais elle en montre impartialement le pour et le contre : c'est là son mérite.

V

VARICES. *Excision.* Une nouvelle opération que l'on peut qualifier de radicale a été pratiquée par M. John Marshall, à l'hôpital du collége de l'Université, le 14 novembre 1874, sur un homme de trente huit ans ayant les veines saphènes internes des deux jambes très-variqueuses, surtout à gauche, et l'empêchant de se livrer à son métier. Après avoir enveloppé la jambe gauche dans une bande

imbibée d'une solution d'acide phénique, et chloroformé le malade, le chirurgien traça à l'encre sur la peau le trajet sinueux de la veine au-dessous du genou dans une étendue de neuf pouces environ. A chaque extrémité de ce trajet, une épingle fut passée sous le vaisseau et, avec un morceau de bougie, une ligature en 8 arrêta la circulation. Deux ligatures semblables furent placées dans l'intervalle, et une cinquième à deux pouces au-dessous de la plus basse. Fil, bougie et épingle étaient également phéniqués. Le bandage élastique d'Esmarch fut ensuite appliqué sur tout le membre afin de vider complétement les veines variqueuses, même dans l'intervalle des ligatures, puis la peau fut incisée du haut en bas de la raie d'encre et, à l'aide d'une sonde cannelée, la veine le fut ensuite dans toute cette étendue. Et comme elle formait alors un corps dur, irrégulier, au fond de la plaie, son excision complète eut lieu après qu'une ligature fut placée en haut et en bas. Deux veines efférentes furent ainsi divisées et comme la pulvérisation d'eau phéniquée avait lieu pendant l'opération, aucune hémorrhagie n'eut lieu. De la charpie phéniquée fut placée au fond de la plaie, soumise ensuite à un pansement phéniqué.

Aucune complication ne se révéla jusqu'au 7 décembre. Les épingles à ligature étaient enlevées en grande partie, des caillots solides obturaient les extrémités veineuses sans qu'il y ait eu de fièvre ni trace de suppuration. Le pouls n'avait pas dépassé 68 et la température 99°,6. Fahr. On cessa dès lors le pansement phéniqué, dit antiseptique. Dès le 8, le pouls s'élevait à 80 et la température à 102, le 9, à 96, avec thermomètre à 102°,4, et rougeur, douleur et tension de la plaie. Un gonflement érysipélateux s'ensuivit jusqu'au 20 avec écoulement d'un liquide sanguin puriforme d'une des veines divisées.

Ce ne fut là heureusement qu'un incident passager. Le 21 décembre, la plaie était presque entièrement cicatrisée malgré la suppuration abondante d'une des veines collatérales divisées. Le 5 janvier, l'opéré quittait l'hôpital guéri avec une oblitération solide aux extrémités des veines divisées.

En montrant que la coagulation du sang dans la veine entraîne toujours, outre le danger de la phlébite et de la

périphlébite, ceux de l'embolie et de la récidive, l'auteur donne facilement la préférence à son procédé sur tous les autres moyens chirurgicaux : ligature, division sous-cutanée, excision partielle, etc., etc. L'absence d'hémorrhagie et de suppuration des piqûres d'épingle lui paraît due au traitement phéniqué, et le bandage d'Esmarch rendant l'excision relativement facile et exsangue, il se propose de la répéter en continuant l'emploi du pansement phéniqué jusqu'à parfaite cicatrisation pour éviter l'érysipèle (*Lancet*, 23 janvier). On peut donc s'en reposer sur l'avenir pour juger de la valeur de cette redoutable opération pour la guérison radicale des varices lorsqu'elles constituent une véritable infirmité.

Isolement simple. La blessure des veines est, pour M. le professeur Rigaud, le véritable danger. L'excision précédente serait donc une méthode essentiellement vicieuse. Il observa ainsi de graves accidents par la cautérisation médiate ou immédiate des veines variqueuses du cordon ou des membres inférieurs. Dans une thèse de M. Prunaire, soutenue à la Faculté de médecine de Strasbourg le 22 mai 1852, 7 succès d'isolement du paquet variqueux avec cautérisation légère consécutive sont ainsi rapportés; mais, le huitième ayant été suivi de la perte du testicule, M. Rigaud résolut de s'en tenir à l'isolement simple sans cautérisation. Ayant observé qu'après avoir mis les veines des membres à découvert, à la manière de Celse, leurs parois se rétractaient et perdaient leur transparence en s'épaississant, au point de se réduire en peu d'instants à la moitié de leur volume, il pensa que l'action de l'air suffirait pour opérer la coagulation du sang.

La première application de ce procédé eut lieu à la clinique de Strasbourg, le 29 juillet 1852, sur un ouvrier brasseur de trente et un ans, lymphatique, portant des varices volumineuses aux deux jambes, depuis quatre ans, avec ulcère à droite. Une incision longitudinale, au tiers supérieur de la jambe et dans le sens de la veine, fut faite sur un pli transversal de la peau. Le vaisseau ainsi mis à découvert est détaché complétement des parties sous-jacentes, et soulevé sur un bout de sonde en gomme élastique passé au dessous et dont les deux extrémités sont réunies par un fil

lâche, sans aucune compression de la veine. Ainsi exposé à l'air, le vaisseau et ses affluents étaient oblitérés complétement par des caillots dès le surlendemain. Le septième jour, la partie exposée se divisait en deux, la plaie se cicatrisait rapidement, et l'opéré sortait guéri quinze jours après.

C'est en appliquant ce procédé avec succès à la cirsocèle en août 1854, pour la première fois, que le célèbre chirurgien établit définitivement la méthode de l'isolement simple. 140 applications en ont été répétées depuis sur des varices des membres inférieurs, et 11 fois à la cystocèle dans les cliniques de Strasbourg et de Nancy. Plusieurs fois l'isolement porta sur les veines des deux jambes dans la même séance, sans déterminer jamais de phlébite grave. Un peu de rougeur et de lymphangite parfois ont été les seuls accidents toutes les fois que l'intégrité des vaisseaux à isoler a été respectée. C'est pour les avoir blessés dans trois cas que la mort par infection purulente en est résultée; mais l'isolement par lui-même est sans nocuité. Les guérisons ont été définitives et les opérés, revus longtemps après l'oblitération, ont montré une imperméabilité complète de la veine divisée. Quelques-uns présentaient de nouvelles varices sur les veines collatérales. (*Soc. de chir.*, mai.)

C'est donc là un procédé simple et facile de guérison radicale des varices, lorsqu'elles sont superficielles, aussi bien que du varicocèle. La garantie de son efficacité repose sur sa pratique, pendant plus de vingt ans, dans une grande clinique publique.

Au lieu d'inciser la peau sur le trajet même de la veine variqueuse, ce qui offre le danger de l'ouvrir pour une main peu exercée, M. Cazin (de Boulogne) fait cette incision à 1 ou 2 centimètres du vaisseau et parallèlement à son trajet. Deux courtes incisions horizontales en haut et en bas lui permettent de dénuder ainsi la veine avec la sonde cannelée, la pince tiraillant la peau. Ce lambeau est ensuite passé sous la varice et réuni à l'autre bord de la peau par une suture. Il remplace ainsi avec avantage le corps étranger. La varice desséchée tombe en huit à dix jours. (*Idem*, 15 décembre.)

Le contrôle expérimental de ces faits, exécuté sur des

chiens par M. A. Bergeron, dans le laboratoire de la Charité, lui a permis de constater la réalité de ces coagulations veineuses en dehors de toute phlébite et de tout travail inflammatoire, non-seulement dans le segment exposé de la veine, mais encore à une grande distance au-dessus et au-dessous. Cette coagulation est assez rapide. Sans chercher à savoir si elle est due au ralentissement de la circulation, il a constaté que la circonférence du vaisseau étant isolée et séparée des *vasa vasorum* qui rampent dans l'enveloppe celluleuse du vaisseau et sont destinés à porter la nutrition aux tuniques interne et moyenne, l'endothélium ne tarde pas à s'altérer. La gangrène et la mort envahissent d'abord la tunique externe qui devient terne, violacée, brunâtre, la tunique moyenne se dilate, et l'endothélium se nécrose et fait l'office d'un corps étranger. Ainsi se coagule le sang. (*Acad. des sciences*, octobre.)

Ce mécanisme n'explique pas comment le coagulum s'étend au delà du segment dénudé, et il est en outre en contradiction avec cet autre fait expérimental de M. Glénard (de Lyon) qui, en circonscrivant un segment de veine exposée entre deux ligatures, dit avoir vu rester le sang fluide et vivant (voy. SANG). Quand de telles contradictions se manifestent sur un sujet si simple, c'est à douter de l'expérimentation ou des expérimentateurs.

Injections d'ergotine. Ruge les a employées avec succès contre les varicosités énormes des grandes lèvres et des parois vaginales chez une femme de trente-six ans, enceinte de huit mois. Une solution alcoolique de 1 à 6 centigrammes, répétée tous les trois jours, lui a paru plus efficace que la solution aqueuse. Dès la septième injection pratiquée sur le membre inférieur gauche, les varices de ce côté avaient presque entièrement disparu, mais sans modifications notables du côté opposé. L'accouchement se fit avant terme, mais heureusement.

Ebbel les employa de même, dans deux cas, sans aucune influence sur la santé du fœtus. La grossesse suivit naturellement son cours. Mais la douleur des piqûres, l'œdème et les abcès consécutifs l'obligèrent de cesser. Ce n'est donc pas là un moyen à recommander. (*Beitrage zür Geburt. und Gynekol.*, 1874.)

Varices œsophagiennes. Un cannier de quarante-trois ans est apporté à l'Hôtel-Dieu, service de M. Hérard, le 19 février, dans une sorte de coma. Quatre jours auparavant, après avoir bu amplement à déjeuner, il rendit une grande quantité de sang noirâtre par la bouche et de même par l'anus. Il tomba dans la torpeur avec mouvements convulsifs et continuation de selles noirâtres sans vomissements. Il a une apparence exsangue à son entrée, pouls très-rapide, mou, ample, régulier. Aucune lésion appréciable à l'examen, pas de sucre ni d'albumine dans l'urine ; mais la somnolence est continuelle avec obtusion intellectuelle. Selles liquides noirâtres. La température s'élève et le malade meurt le 24 février.

Malgré l'examen le plus minutieux, l'autopsie ne révèle d'autre lésion appréciable qu'une dilatation énorme des veines sous-muqueuses des deux tiers supérieurs de l'œsophage ; elles forment des cordons longitudinaux qui ont environ le diamètre d'une plume d'oie. Une ulcération d'un millimètre de diamètre, obturée par un caillot noirâtre, s'observe sur l'un d'eux. La muqueuse gastrique est teinte en noir par la matière colorante du sang. Hémorrhoïdes assez prononcées. Rien autre de notable, si ce n'est une cirrhose commençante. La mort aurait donc été causée par ces varices. (*Soc. méd. des hôp.*, février, et *Union méd.*, n° 61.)

VARIOLE. *Contagion.* Une personne réfractaire à la vaccine, c'est-à-dire qui n'a jamais pu être vaccinée avec succès à différentes reprises, à des intervalles plus ou moins éloignés, et avec du vaccin de diverse provenance et bien éprouvé, n'est pas pour cela à l'abri de la variole ; au contraire, elle y est exposée absolument comme les non-vaccinés. Elle ne doit donc pas s'exposer à la contagion. Son contact avec un varioleux est très-dangereux et son entrée, son séjour dans une salle de varioleux sont à peu près mortels. Un jeune étudiant en médecine, soumis à la vaccination à quatre reprises différentes sans que jamais le vaccin ait pris, ayant été admis comme externe pour faire le service des varioleux à l'hôpital spécial de la rue de Sèvres, ne tarda pas à être atteint de la variole à laquelle il a malheureusement succombé. (*Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, octobre.)

De là l'enseignement de ne plus se considérer à l'abri de la variole parce que le vaccin ne prend pas et n'a jamais pris sur nous. L'organisme rebelle au vaccin ne l'est pas à la variole, ce qui implique la non identité des deux virus. Les jeunes gens, dans ce cas, ne doivent pas embrasser la médecine, car ils sont particulièrement exposés à contracter la variole en soignant les varioleux comme tout individu non vacciné.

Vingt balles de vieux chiffons pour faire du papier furent reçues de Californie dans une des manufactures de New-York, savoir : dix le 28 janvier et dix le 2 février. Ces chiffons étaient humides, ils répandaient une odeur particulièrement désagréable, et l'on constatait parmi eux des débris de linges de corps, des pièces de pansements, des linges à cataplasmes, etc.; un grand nombre étaient tachés comme s'ils avaient servi à des malades. En outre, on sut plus tard que le navire qui les avait apportés n'avait pas subi de quarantaine à son arrivée.

Ces chiffons furent choisis et triés dans une grande salle par vingt et une jeunes filles; sept tombèrent malades à peu près simultanément. D'autres personnes qui travaillaient dans la même salle, mais sur d'autres matériaux, furent aussi atteintes; enfin, quelques ouvriers qui étaient entrés dans l'atelier seulement pour une commission, mais qui n'y travaillaient pas habituellement, furent également affectés. Quarante personnes furent atteintes en tout, et, sur ce nombre, treize ou quatorze sont mortes. La mortalité a porté surtout sur les premiers atteints.

La maladie a consisté en une fièvre éruptive, manifestement contagieuse, et ayant de grandes ressemblances avec la variole, mais avec une variole modifiée et mélangée d'une autre éruption. L'auteur parle de taches purpuriques, de taches rubéoliques ou même de taches scarlatiniformes, en même temps que de pustules; la vaccination antérieure parut avoir peu d'effet préservatif; enfin, dans quelques cas, l'éruption sembla avoir certaines analogies avec le rœtheln.

Il est démontré une fois de plus par cet exemple combien il est dangereux de toucher au linge des varioleux sans de grandes précautions. La moindre érosion de la peau des mains peut servir de porte d'entrée au virus. Les laveuses

sont particulièrement exposées à contracter la maladie en raison du ramollissement de l'épiderme. Nous avons soigné une blanchisseuse qui avait ainsi contracté la variole. On devrait donc surveiller attentivement les vêtements et autres objets de cette nature ayant servi aux varioleux ; on devrait les détruire pour plus de sécurité, ou tout au moins empêcher qu'ils ne soient vendus et qu'ils ne rentrent dans le domaine public, parce qu'ils deviennent de puissants éléments de contagion, comme l'exemple précédent le montre.

Complications cardiaques. Il ne faut pas, suivant M. Brouardel, séparer les lésions inflammatoires qui atteignent en même temps la membrane interne du cœur et celle de l'aorte comme MM. Desnos, Huchard et Quinquand l'ont démontré (voy. *année* 1870-71). Mais on doit séparer nettement les lésions vasculaires du début de celles qui surviennent à la fin, c'est-à-dire du 20e au 35e jour de la maladie, pendant la desquamation, et qui sont dues à des suppurations, des pneumonies, des pleurésies, des rhumatismes musculaires consécutifs, sinon à la grossesse et à l'accouchement. Sur 389 femmes varioleuses, 53 fois des lésions cardio-vasculaires ont été constatées, mais 36 fois seulement elles pouvaient être attribuées directement à l'influence de la variole ; 17 fois elles se rapportaient à la puerpéralité ou à des maladies secondaires.

L'endocardite varioleuse en particulier se distingue de l'endocardite rhumatismale par l'absence de végétations. Elles ne se rencontrent que très-exceptionnellement, petites et limitées aux valvules. Les fausses membranes sont aussi limitées à la face postérieure de l'oreillette droite, à l'aorte et à l'artère pulmonaire. C'est donc à différencier les caractères des lésions cardiaques varioleuses de celles qui se rapportent à d'autres maladies que s'est appliqué le jeune et savant suppléant du professeur Bouillaud. (*Archiv. de méd.*, décembre 1874.)

Albuminurie. Son existence, signalée par MM. Quinquand et Cartaz (voy. *année* 1870-71), a été confirmée par M. Gemmell à l'hôpital de Glasgow. Sur 1058 cas de variole, il a observé vingt fois une albuminurie bien caractérisée à la

période de dessication, c'est-à-dire vers le 25e jour. C'est donc beaucoup moins que M. Cartaz qui l'avait constatée dans le 5e des cas de variole confluente. Elle est apparue aussi dans les cas les plus graves, même chez les vaccinés; toutefois il y en eut 7 cas dans des varioles discrètes. Tous les albuminuriques avaient de cinq à vingt et un ans, et il n'y eut que deux femmes.

Du malaise et du dégoût, ordinairement sans fièvre ni douleurs de reins, ont marqué l'invasion. L'hydropisie subite en est la confirmation. L'urine, ordinairement rare et dense, contenait du sang et de l'albumine en abondance avec cylindres et débris d'épithélium. (*Glasgow med journ.*, octobre 1874.)

Bains de chloral. A la dose de 20 grammes, M. Dujardin-Beaumetz en a retiré de bons effets dans les varioles confluentes, quand l'épiderme se détache. On obtient ainsi non-seulement la désinfection des malades, mais encore une prompte cicatrisation. (*Soc. méd. des hôp.*)

VERSION CÉPHALIQUE. La préférence à lui accorder sur la version pelvienne est démontrée par ce fait, signalé par M. Aubenas, que sur huit accouchements, chez la même femme, tous en présentation transversale, la mort suivit quatre fois l'emploi de la version podalique, tandis que les enfants naquirent vivants dans les quatre autres où l'on eut recours à la version céphalique. Un léger rétrécissement antéro-postérieur d'un demi à un centimètre existait chez cette femme, et l'absence de contractions suffisantes, après l'écoulement des eaux, fut la cause de l'insuccès dans la version pelvienne, d'autant plus que le passage de la tête était rendu plus difficile par le rétrécissement. Avec la version céphalique, au contraire, on a pu attendre que les contractions se réveillassent et suffisent à l'expulsion malgré la chute du cordon dans deux cas. Ce serait donc un exemple à imiter, en pareil cas, quand on arrive au début du travail et que l'on peut choisir entre l'une et l'autre version. (*Gaz. méd. de Strasb.*, mai 1874.)

Des contre-indications de la version dans la présentation de l'épaule, et des moyens qui peuvent remplacer cette opé-

ration. Thèse pour l'agrégation par le docteur Adolphe Pinard, chef de clinique d'accouchements à la Faculté, chevalier de la Légion d'honneur. Paris, grand in-8° de 140 pages.

VERTIGES. *Diagnostic différentiel.* La multiplicité et la diversité des causes productrices du vertige, leur confusion fréquente et l'importance de les distinguer, donnent un grand intérêt à l'étude que M. Philipeaux a faite de leur diagnostic différentiel, surtout au point de vue des vertiges dépendant des maladies de l'oreille et de celle de Ménière en particulier. Le résumé d'ensemble qui suit en montre l'utilité pour les praticiens appelés à se prononcer chaque jour sur la cause de ces vertiges.

Vertige stomacal. Souvent accompagné de surdité légère, avec bruits et sifflements dans les oreilles, mais sans coïncider jamais avec une atteinte portée brusquement au sens de l'ouïe comme dans les surdités consécutives à une lésion des parties constituantes de l'oreille; tandis qu'il est toujours lié à des troubles gastriques habituels. Douleurs d'estomac sous forme de pesanteurs, de crampes se montrant surtout après l'ingestion des aliments, et réveillées ou augmentées par la pression sur le creux épigastrique. Elles se propagent, s'irradient dans le dos et l'abdomen. Il y a des flatuosités, des éructations acides, constipation ou diarrhée.

Quand ce vertige survient pendant l'abstinence, on le calme par une médication tonique.

Vertige nerveux. Très-fréquent surtout chez les hypocondriaques, les mélancoliques, les hystériques et les personnes atteintes de névralgies. Ces malades en sont d'autant plus préoccupés qu'il coïncide parfois avec une surdité légère et des bruits, des sifflements dans les oreilles. En croyant à une maladie de l'oreille, leur état nerveux en est aggravé. Leurs bourdonnements et la diminution de l'ouïe les inquiètent plus que leurs vertiges qui sont ordinairement intermittents. Mais l'examen de l'oreille ne découvre pas de lésion, tandis que les antécédents accusent de violents chagrins, des ébranlements profonds du système nerveux,

dont les excès peuvent être la cause chez les individus d'une forte et robuste constitution.

Enlever aux malades la préoccupation de leur surdité et traiter la névrose par l'hydrothérapie, le changement d'air, l'exercice, le régime, l'emploi de quelques antispasmodiques, suffiront pour mettre fin aux accidents.

Vertige anémique. Il se distingue par des éblouissements, des bruissements d'oreilles et surtout une pâleur caractéristique qui fait paraître les tissus exsangues à l'approche de l'accès. Le malade est essoufflé à la moindre marche. Il n'a pas de surdité ni de tendance à la rotation pendant les vertiges comme dans ceux dépendant de la maladie de Ménière.

Vertige épileptique. Il est perçu des deux oreilles sans surdité, ni bruit de cascade comme dans les maladies de l'oreille. Les accès épileptiformes, l'écume à la bouche, le trismus, en révèlent d'ailleurs facilement le caractère.

Vertiges cérébraux. Il y a coloration et aspect vultueux de la face au lieu de la pâleur syncopale qui accompagne les vertiges des maladies de l'oreille. L'hémiplégie consécutive est surtout caractéristique.

Dans le vertige méningitique, l'abdomen est rétracté, il y a fièvre et délire, strabisme, convulsions.

Dans le vertige succédant à la commotion cérébrale légère, comme dans celui qui succède au traumatisme de l'oreille, il y a éblouissements, tintements d'oreille, défaillance, pâleur de la face, perte de connaissance. Mais tous ces accidents disparaissent bientôt dans le premier cas, et il ne reste que du mal de tête avec malaise et fatigue, tandis que, dans le second cas, les accès vertigineux sont liés à des troubles auditifs qui persistent après les accès. C'en est le caractère distinctif.

Vertiges ab aure lœsa. La surdité et les bourdonnements ne suffisent pas, comme on voit, à les distinguer de ceux qui en sont tout à fait indépendants. D'ailleurs, une maladie de l'estomac ou du cerveau peut exister simultanément avec celles de l'oreille et donner également lieu

aux vertiges. Mais ces cas sont rares. La diminution de l'ouïe avant l'apparition des vertiges peut faire soupçonner une lésion de l'appareil auditif, mais il s'agit d'en préciser le siége dans le labyrinthe, la caisse ou le conduit auditif externe.

Les vertiges précédés ou même accompagnés de surdité au début, chez une personne jouissant d'une bonne santé, excluent en général la maladie de Ménière, c'est-à-dire du labyrinthe. Ce n'est que par l'absence de lésion de la trompe d'Eustache, du tympan et du conduit auditif, après un examen attentif, que l'on peut conclure *à posteriori* à l'existence de cette maladie. Si chez un individu dont l'ouïe était antérieurement bonne, dit Politzer, il survient, avec des symptômes de vertiges ou d'apoplexie, une surdité très-prononcée, de l'incertitude dans la marche, sans symptômes de paralysie dans les autres parties du corps, et si l'examen de la membrane du tympan et de la trompe d'Eustache, pratiqué de bonne heure, ne révèle aucune lésion, il y a beaucoup de probabilité qu'il existe une affection du labyrinthe. En voici d'ailleurs la symptomatologie :

Une personne bien portante sent tout à coup ou successivement des bourdonnements, des bruits de cascade, de rivière, de sifflet surtout dans les oreilles ; elle est prise subitement de vertiges, sa démarche est mal assurée et chancelante comme celle d'un alcoolique ; enfin, elle trébuche et tombe sans perdre connaissance, mais elle est faible et a de la peine pour se relever. Elle reste pâle, couverte d'une sueur froide, sa vue est légèrement troublée, les objets tournent, se balancent on flottent devant ses yeux. Son corps est pris quelquefois d'un tournoiement de valse. Malgré ces troubles, il est remarquable que la respiration, le pouls et la température restent à l'état normal, le calme ne tarde pas à se produire, et revenu à lui le malade ne s'aperçoit que de la diminution de l'ouïe, de sa surdité ; parfois il ne perçoit que certains sons, et son oreille est le siége de bruits étranges : celui d'un orchestre, le son d'une cloche, le bruissement d'une cascade ou le sifflet d'une locomotive. L'examen de l'appareil auditif externe ou moyen ne constate rien d'anormal. Une nouvelle attaque survient, les accès, d'abord rares, deviennent plus fréquents et plus intenses ainsi

que les bourdonnements, sans laisser de répit au malade, jusqu'à la surdité complète.

Vingt observations consignées dans les thèses de Voury et de Bertrand, soutenues à Paris en 1874, témoignent de cette nouvelle entité morbide. Elle peut être primitive ou consécutive à des affections rhumatismales et syphilitiques, à des exanthèmes, à l'état puerpéral et au traumatisme. Elle se distingue surtout des autres lésions de l'oreille avec vertiges en ce que ceux-ci s'accompagnent de troubles graves de l'équilibre, titubation, vacillation ou rotation, de syncope avec nausées et vomissements.

Les vertiges précédés ou accompagnés de bruits de cascade, de sifflement ou autres, sans perte de connaissance, avec pâleur momentanée, sont donc ceux de la maladie de Ménière. Tout a échoué jusqu'ici pour les faire disparaître. La surdité complète en est la conséquence infaillible.

Quinine. C'est précisément en se fondant sur ce phénomène que la surdité complète mettait fin aux crises vertigineuses, aux bruits, aux sifflements, à la maladie de Ménière en un mot, que M. Charcot a eu l'idée ingénieuse de provoquer à dessein, par un moyen quelconque, cette surdité curative. Le sulfate de quinine déterminant des bruissements, des bourdonnements d'oreilles plus ou moins accentués, il l'employa chez une malade de la Salpêtrière qui, depuis plusieurs années, était clouée sur son lit, sans aucun mouvement, par crainte précisément de provoquer des vertiges. C'était un cas type et regardé comme incurable de la maladie de Ménière. Il ne pouvait donc être mieux choisi.

Le sulfate de quinine fut pris régulièrement à la dose de 50 centigrammes à un gramme par jour, sauf les interruptions provoquées par des douleurs gastriques, pendant quatre-vingts jours environ. Cinq semaines après le début de ce traitement, les secousses du lit ne provoquaient déjà plus les plaintes de la malade, elle put être bientôt transportée d'un lit dans un autre sans pousser ses cris habituels de détresse, et les sifflements aigus, les grandes crises vertigineuses ne tardèrent pas à diminuer et à disparaître. Enfin elle put bientôt se lever, se tenir debout, marcher avec une canne, puis sans secours, et reprendre définitivement

ses anciennes habitudes sans être plus sourde qu'auparavant. Le sulfate de quinine n'agit donc pas en paralysant le nerf auditif.

Ce succès remarquable a été confirmé par un autre. Une dame de trente ans, traitée vainement depuis dix-huit mois pour des crises épileptiformes, ayant fait appeler M. Charcot en consultation, fut reconnue atteinte du vertige de Ménière. Le début de l'accès était brusque, imprévu. Une sensation de chute en avant survenait tout à coup et la malade était ainsi tombée à plusieurs reprises et s'était cassé deux dents. L'examen montra un notable affaiblissement de l'ouïe du côté gauche, et à la demande s'il ne survenait pas un bruit aigu, comme celui d'un sifflet, il fut répondu que le bruit d'une locomotive se faisait entendre parfois. Le diagnostic était d'autant plus facile que l'accès se terminait souvent par des nausées et même des vomissements.

Cette dame ayant été soumise à l'usage de 60 centigrammes de sulfate de quinine par jour, pendant deux mois, guérit comme la précédente. (*Progrès méd.*, n° 50.)

Les maladies de la caisse et l'absence de l'air dans cette cavité, par l'oblitération de la trompe, donnent aussi lieu à des vertiges par la pression de la colonne d'air extérieur sur la surface externe du tympan. Elle est ainsi poussée sur les osselets, l'étrier comprime la fenêtre ovale et les liquides contenus dans le labyrinthe. On trouve ainsi dans ce cas le tympan enfoncé, blanc laiteux et souvent vascularisé.

Le vertige dépendant de la suppuration aiguë de la caisse se distingue par la fièvre et la douleur; plus tard, par l'écoulement de pus fétide, lorsque le tympan a été lésé. Mais on comprend que ces lésions, pouvant s'étendre par contiguïté, donnent lieu à des symptômes variés qui peuvent même être ceux de la maladie de Ménière plus ou moins mitigés, quand le labyrinthe est intéressé.

Enfin la présence de masses cérumineuses ou de corps étrangers dans le conduit auditif externe donne aussi lieu à des vertiges. Leur extraction les fera disparaître. (*Lyon méd.*, nos 43 à 47.)

VOMISSEMENTS INCOERCIBLES. *Dilatation du col.*

Il est évident que des vomissements débutant avec la grossesse et persistant avec elle en dépendent le plus souvent, et que c'est du côté de l'utérus qu'il faut en chercher la cause et la combattre. Certaines femmes nerveuses vomissent à la moindre excitation ou souffrance de cet organe. L'âge de la puberté et de la ménopause en fournissent de nombreux exemples. Une cautérisation du col suffit à les provoquer (voy. *année* 1867). D'autres fois, cette cautérisation, même au fer rouge, au début de la grossesse, les fait cesser (voy. *année* 1868). Un simple déplacement de l'utérus peut même les produire sympathiquement (voy. *année* 1864). A moins donc que des signes positifs n'indiquent une cause locale, il est illusoire, irrationnel, de s'obstiner, comme on le fait trop souvent, à déposer mille remèdes plus empiriques les uns que les autres sur l'estomac pour les combattre. C'est en agissant sur l'utérus, sur sa sensibilité, ses lésions ou ses déplacements que l'on en obtiendra le plus sûrement justice, comme tous les faits consignés dans le *Dictionnaire* en déposent. En voici de nouvelles preuves.

Une femme enceinte de six mois était tellement émaciée par les vomissements incessants que, craignant pour sa vie, M. Copeman (de Norwich) crut devoir provoquer le travail, d'autant plus que le col était assez dilaté pour recevoir l'index, et que des contractions utérines coïncidaient avec les vomissements. Il dilata le col et chercha en vain à rompre les membranes. Les vomissements cessèrent avec ces manœuvres, et l'accouchement d'un enfant vivant eut lieu à terme.

Appelé en province pour provoquer l'avortement chez une femme enceinte de deux mois avec des vomissements rebelles à tous les moyens usuels, M. Copeman ayant constaté un peu d'antéversion et un col entr'ouvert, dilata celui-ci et en assouplit la rigidité. La femme ne vomit plus qu'une fois après cette manœuvre, et a pu poursuivre heureusement le cours de sa grossesse sans les voir se renouveler.

Une multipare délicate, ayant vomi pendant tout le cours de sa grossesse, était arrivée au huitième mois lorsque ces vomissements, devenant incessants, mirent sa vie en danger. Urines albumineuses et purulentes. Il s'agissait de l'accouchement prématuré. Le col était ouvert, ridé et

dilatable. Il suffit encore de le dilater pour voir aussitôt cesser les vomissements. L'accouchement d'un enfant fort et vigoureux eut lieu spontanément dix-sept jours après cette manœuvre. (*British med. Journ.*, mai et juin.)

Un certain nombre de faits analogues sont cités à l'appui. M. de Saint-Germain, dans un cas semblable, avait appliqué le dilatateur Tarnier pour provoquer l'avortement, et aussitôt les vomissements cessèrent. Les membranes n'étant pas déchirées, on laissa les choses en l'état, et l'expulsion n'eut lieu que plusieurs semaines après cette manœuvre et la cessation des vomissements.

Dans d'autres cas, les vomissements cessèrent après la ponction des membranes. D'autres fois, il suffit de les décoller et le fœtus, survivant à l'opération, la grossesse a pu suivre son cours. (*Journ. de méd. et chir. pratiques.*)

Est-ce à dire que la distension de l'utérus, comme l'admet M. Copeman, est la cause de ces heureuses modifications? Évidemment non, puisque de simples cautérisations du col, un tampon même introduit dans le vagin ont suffi pour arrêter les vomissements incoercibles jusque-là. Il s'agit seulement de remédier à une lésion, un déplacement, modifier la sensibilité et même la vitalité de l'utérus pour les voir cesser. Probablement l'expulsion même de l'œuf n'agit pas autrement sur un utérus irritable, et c'est dans ce cas que la belladone et les suppositoires morphinés ont amené des succès merveilleux. A moins d'indications formelles, c'est donc sur l'utérus qu'il faut porter son attention et ses moyens d'action avant d'en venir à l'avortement contre les vomissements incoercibles.

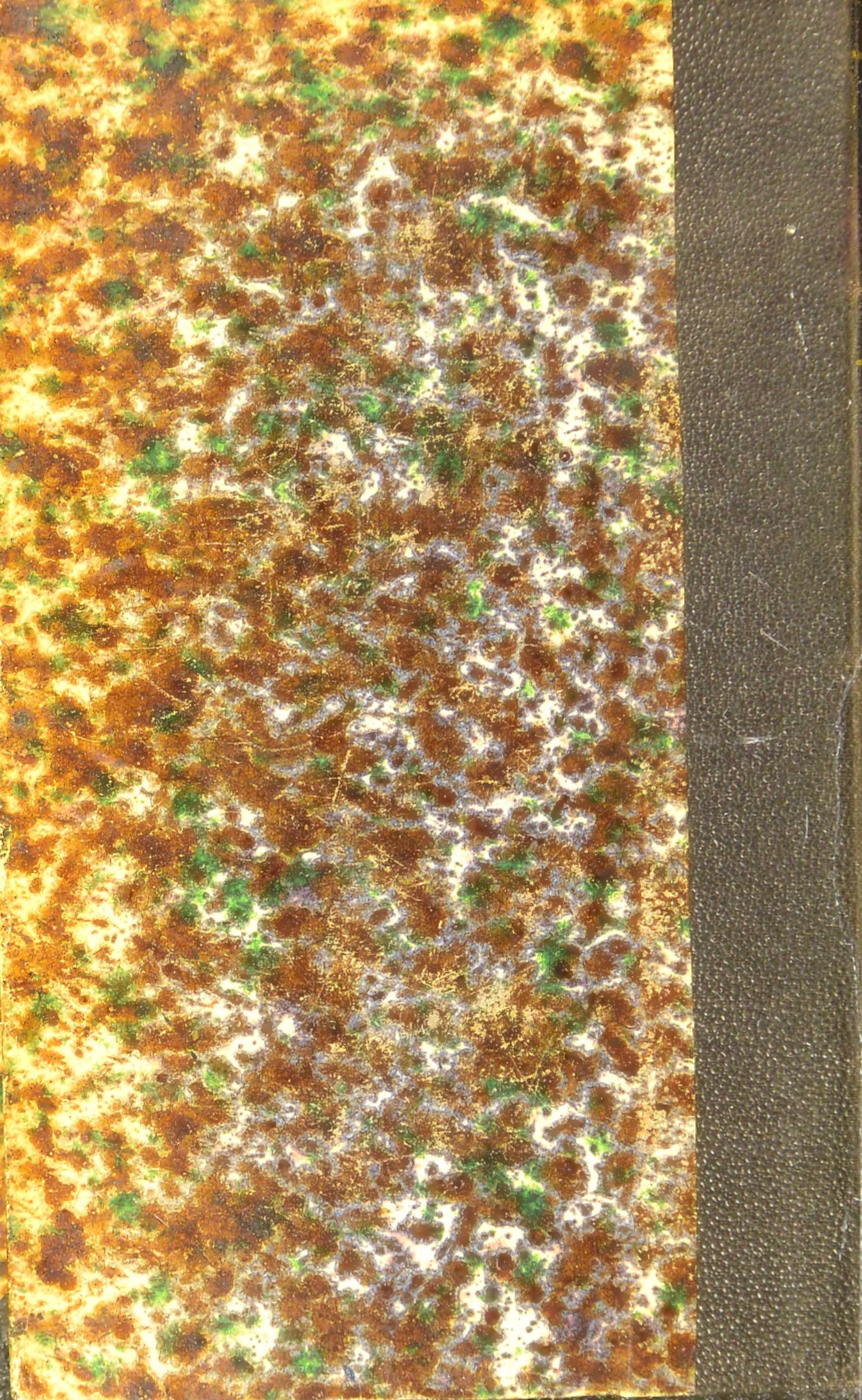
Vomissements nerveux. *Valérianate de caféine.* — Voy. Hystérie.

FIN

TABLE DES AUTEURS

FIN DE LA TABLE DES NOMS D'AUTEURS.





IRREGULAR FUZZY PRINTING

TIGHT GUTTER